Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

31 016 Ziekenhuiszorg

Nr. 90 **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 24 december 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 19 november 2015 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

– **de evaluatie van de Wet BIG, het medisch tuchtrecht en het medisch beroepsgeheim**.

(De volledige agenda is aan het einde van het verslag opgenomen.)

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Lodders

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

kst-31016-90
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

Voorzitter: Lodders
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Lodders, Voortman, Klever, Pia Dijkstra, Bruins Slot, Van Gerven, Bouwmeester, Schut-Welkzijn,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

Aanvang 10.00 uur.

De **voorzitter**: Ik heet de Minister en de ambtelijke ondersteuning zeer welkom, evenals de Kamerleden, de mensen op de publieke tribune en de mensen die het debat op een andere manier volgen. We gaan snel van start. In eerste termijn sta ik maximaal twee interrupties per persoon toe. De spreektijd bedraagt vier minuten.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik begin graag met een compliment, want vorige week maakte de Minister bekend dat de taken van de physician assistant in de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) worden opgenomen. Afgelopen vrijdag was ik op het congres van NAPA (Nederlandse Associatie Physician Assistants), waar positief werd gereageerd op de brief van de Minister. Ik begreep wel dat er nog wat vragen waren over enkele voorbehouden handelingen die zijn uitgesloten, waarvan NAPA zei dat ze juist wel zouden kunnen worden toegevoegd. Is de Minister hiervan op de hoogte? Is zij bereid om hierover met NAPA in gesprek te gaan?
Mijn verdere inbreng wijd ik aan het medisch beroepsgeheim. Ik ben het eens met de Minister dat de vrije toegang tot zorg hét uitgangspunt is van ons stelsel en dat dit te allen tijde moet zijn geborgd. Vertrouwen is een belangrijke waarde en zelfs het uitgangspunt in de zorg. Zonder vertrouwen tussen arts en patiënt is er geen geslaagde behandelrelatie. Het medisch beroepsgeheim is er voor de bescherming van de patiënt, zodat deze de ruimte heeft om alle gegevens te verstrekken, zelfs de meest intieme, en erop kan vertrouwen dat die niet zonder toestemming aan anderen worden doorgespeeld. Dan verbaast het me toch dat de Minister, die dus zegt dat de vrije toegang tot zorg moet zijn geborgd, keer op keer weer komt met voorstellen die het uitgangspunt van vrije toegang tot zorg juist aantasten.
Eerst was er het voorstel tot het schrappen van de vrije artsenkeuze en nu heeft de Minister een wet in voorbereiding die een wezenlijke aantasting van het medisch beroepsgeheim betekent. Zij wil namelijk dat verzekeringsartsen gedwongen kunnen worden om hun gegevens aan justitie te overhandigen. Hoe staat het met dit wetsvoorstel? Daar ben ik op zich wel benieuwd naar, hoewel ik liever heb dat de verdere voorbereiding van het wetsvoorstel wordt gestaakt, want de grond ervoor ontbreekt. Immers, uit het onderzoek dat de Minister zelf heeft laten uitvoeren bleek dat bestaande wetgeving voldoende mogelijkheden biedt voor doorbreking van het beroepsgeheim, dat invulling via beroepsnormen voldoende mogelijkheden biedt en, niet onbelangrijk, dat als wordt gekozen voor een wettelijke doorbreking van het beroepsgeheim vanwege een ander belang, de vrije toegang tot zorg kan worden belemmerd. Waarom dan toch dit wetsvoorstel? Vanwege houdbare financiën, zo zegt de Minister. We hebben het voorstel nog niet, maar in de stukken die we al wel hebben ontbreekt in ieder geval een financiële onderbouwing. Sterker nog, ik heb zo'n vermoeden dat de Minister, net zoals bij het wetsvoorstel voor het schrappen van de vrije artsenkeuze, zo'n financiële onderbouwing niet eens zou kunnen geven. Toch moet het beroepsgeheim op de helling vanwege economistische motieven. Het zou trouwens ook nog best kunnen dat een minder stevig beroepsgeheim juist geld kost, omdat

mensen langer blijven rondlopen met een probleem. Als de Minister toch besluit om dit door te zetten, vraag ik haar om het wetsvoorstel te voorzien van een uitgebreide financiële onderbouwing.
Ook op andere terreinen staat het medisch beroepsgeheim keer op keer onder druk. Ik maak me daar zorgen over. Ik noem een aantal voorbeelden: mensen die een levensverzekering willen afsluiten waarbij vrijwel standaard wordt gevraagd om toestemming te geven voor het opvragen van het medisch dossier, de manier waarop van huisartsen in het kader van de Jeugdwet wordt gevraagd om informatie te geven en de manier waarop gegevens van kinderen worden gedeeld in het jeugdzorgoverleg. Afgelopen maandag was er bij het wetgevingsoverleg jeugdzorg nog het voorstel van de twee coalitiepartijen om de meldcode kindermishandeling aan te scherpen met een registratieplicht. Dan heb je de facto een meldplicht die zorgverleners dwingt om hun gegevens te delen. Een beetje schizofreen is dat overigens wel van deze partijen, want gisteren nog kwam de VVD-fractie bij de begrotingsbehandeling van Binnenlandse Zaken met een motie om de privacy bij de drie decentralisaties juist beter te waarborgen.
Ik zou liever hebben dat de Minister haar tijd steekt in een goede visie op transparantie en bescherming van privégegevens in de zorg, met als uitgangspunt de vrije toegang tot zorg. Aan de ene kant is het medisch beroepsgeheim voor de Minister ondergeschikt aan fraudebestrijding en kostenbeheersing, aan de andere kant geeft ze zelf nog te weinig openheid over bijvoorbeeld ziekenhuisuitgaven. Dat zou dan weer te privacygevoelig zijn. Die dubbelzinnigheid toont aan dat het ontbreekt aan een visie op de onderliggende waarden in de zorg en de wijze waarop die moeten worden geborgd. Is de Minister bereid om daar nu eens mee aan de slag te gaan? Ik heb het dus over een visie op de onderliggende waarden in de zorg en de wijze waarop die worden geborgd.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Er staan drie grote onderwerpen op de agenda vandaag: de evaluatie van de Wet BIG, het tuchtrecht en het medisch beroepsgeheim. Over die drie zaken heb ik vooral veel vragen, te beginnen met de Wet BIG.
De PVV-fractie staat positief tegenover het introduceren van nieuwe beroepen en taakherschikking, maar we moeten het overzicht niet kwijtraken. Hoe weet een patiënt nu welke witte jas aan zijn bed bevoegd is tot welke handelingen? Een ander probleem lijken de beschikbare stageplekken. Ziekenhuizen en maatschappen zijn daarmee terughoudend. Dit zet een rem op de nieuwe beroepsgroepen en het opdoen van voldoende praktijkervaring, een belangrijk onderdeel bij de toch al relatief korte opleidingen. Hoe ziet de Minister dit?
De Nederlandse Vereniging van Anesthesie Medewerkers (NVAM) maakt zich, naar ik denk terecht, zorgen over de kwaliteit van de bachelor medische hulpverlening anesthesie. Waarom deze BMH'er introduceren als hij door het veld niet wordt erkend? Ik krijg hierop graag een reactie.
In de Wet BIG wordt onder andere bepaald wie bevoegd is om voorbehouden handelingen te verrichten. De toekenning van die bevoegdheden wil de Minister nu via een algemene maatregel van bestuur (AMvB) regelen. Het gaat hier echter om potentieel gevaarlijke handelingen waarbij risico's en voor- en nadelen zorgvuldig moeten worden afgewogen. Is dit wel gewaarborgd via het AMvB-traject en, zo ja, hoe? Kan de Minister dat verduidelijken? Waarom die voortvarendheid in plaats van een zorgvuldig wetstraject?
In 2011 vroegen wij al om de herregistratie van basisartsen te regelen. We hadden er toen zelfs een motie voor klaarliggen, die we niet hebben ingediend wegens een toezegging van de Minister. Nu begrijpen we dat de herregistratie weer is uitgesteld tot 2018. Waarom is dat? Het plan ligt er immers al vijf jaar, dus wat is het probleem?

Ik kom bij het tuchtrecht. De PVV wil collectieve aansprakelijkheid graag opnemen in het tuchtrecht. Dit is een lastig traject. De Minister komt met een soort alternatief: het wordt nu mogelijk om tijdens het vooronderzoek de klacht of de aangeklaagde te wijzigen. De patiënt of klager wordt daarbij tijdens het vooronderzoek bijgestaan door een onpartijdige deskundige functionaris. Dit is een stap in de goede richting. Afbakening van het aantal beroepsbeoefenaren die betrokken zijn bij een behandeling vergt immers voldoende kennis van de complexe samenwerkingsverbanden die er in ziekenhuizen bestaan; kennis die de patiënt vaak niet heeft. Om ook de onafhankelijke functionaris op weg te helpen, is het wellicht mogelijk om een richtlijn te ontwikkelen om samenwerkingsverbanden bij de meest voorkomende behandelingen af te bakenen, als een leidraad om sneller alle betrokkenen op te sporen. Hoe ziet de Minister dit?

Is de verbreding van het beroepsverbod bij zedendelicten, maar ook het werken onder toezicht of het verbieden van het werken met bepaalde patiëntgroepen, wel een taak van het tuchtrecht? Is het wenselijk dat een tuchtrechter zich buigt over het privégedrag van een beroepsbeoefenaar? De PVV-fractie begrijpt de behoefte aan deze verbreding, maar denkt toch dat dit meer bij het strafrecht ligt. Graag een reactie van de Minister.

Ook ziet de PVV-fractie liever geen heffing van griffierechten. Het is maar de vraag in hoeverre het heffen van griffierechten effectief zal zijn.

Vanwege de tijd ga ik naar mijn laatste onderdeel: het medisch beroepsgeheim. Het inzien van medische dossiers zonder toestemming van de patiënt is nu verboden. Slechts in specifieke gevallen mag het medisch beroepsgeheim worden doorbroken. De Minister stelt dat de zorgverzekeraars dit mogen doorbreken om declaraties te controleren. In feite, zegt de Minister, gebeurt dit reeds bij de controle van declaraties van naturapolissen. Ik vind het noodzakelijk dat we meer informatie hierover krijgen. Hoe vaak hebben zorgverzekeraars in de afgelopen jaren medische dossiers opgevraagd voor detailcontrole? Dit moet eenvoudig na te gaan zijn, omdat het protocol voorschrijft dat de uitvoering van detailcontroles wordt gedocumenteerd op een achteraf toetsbare wijze. Graag ontvang ik de financiële onderbouwing. Daarbij hoort natuurlijk ook de uitkomst van de detailcontroles, zodat we weten wat het heeft opgeleverd. Ook wil ik weten waarom er bij restitutiepolissen, in tegenstelling tot naturapolissen, niet in het dossier kan worden gekeken. Waarom en hoe lang bestaat dit verschil al?

Tot slot: inzage in het medisch dossier door de medisch adviseur van een zorgverzekeraar roept grote weerstand op. Waarom wijst de Minister niet een medisch adviseur aan bij de NZa om in het uiterste geval, bij ernstig vermoeden van declaratiefraude, het medisch dossier te controleren?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Het medisch beroepsgeheim en de Wet BIG bewaken beide de toegankelijkheid van de zorg: de relatie tussen arts en patiënt en de kwaliteit van zorg. Dat moeten we koesteren. Het medisch beroepsgeheim zorgt ervoor dat iedereen vrije en veilige toegang heeft tot gezondheidszorg. Voor D66 is dat een bijzonder groot goed. Tijdens de begrotingsbehandeling sprak ik al kort met de Minister over het informeren van de patiënt als het medisch dossier wordt ingekeken en bij mogelijke schending van het beroepsgeheim. De Minister heeft toen gezegd dat ze op een rijtje zou zetten wanneer men wat mag doen als het gaat om privacy en het medisch beroepsgeheim. In de brief van de Minister van 30 juni lees ik dat de IGZ ook inzage kan hebben in patiëntdossiers. Ik vraag haar hoe het daar zit met de privacy en het beroepsgeheim. Aan wie legt de inspectie verantwoording af voor de gemaakte keuzes? Kan de Minister toezeggen dat ze dit meeneemt in haar brief?

De medische professional is, als het goed is, bekend met het medisch beroepsgeheim. Deze kennis ontbreekt echter vaak bij ambtenaren,

zorgverzekeraars, gemeenten, het UWV en andere betrokken organisaties. Ook zij – juist zij, zou ik haast willen zeggen – moeten weten welke grenzen er zijn. Dat blijkt nu niet het geval. Ook patiënten moeten weten wat hun rechten zijn. Wil de Minister toezeggen dat ze bij betrokken organisaties en bij patiënten de kennis gaat vergroten, zodat niet onnodig en misschien soms wel vanuit onwetendheid het beroepsgeheim wordt geschonden? Misschien kan ze daarbij ook ingaan op de angst die patiënten bij het overhandigen van hun patiëntendossier aan instanties soms hebben dat ze anders niet krijgen waar ze recht op hebben.
Het medisch beroepsgeheim kent een duidelijke grens als het doorbreken ervan ernstige schade kan voorkomen. Hoe helder is deze grens echter bij het achterhalen van misdrijven? Ik krijg hierop graag een reactie van de Minister. Het medisch beroepsgeheim is niet altijd zwart-wit. Wat moet je als arts eigenlijk doen bij een «niet pluis-gevoel»? Nu is er bij de KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) de mogelijkheid om een vertrouwensarts te spreken als je het niet helemaal zeker weet als zorgprofessional. Is deze mogelijkheid voldoende bekend onder de professionals? In het rapport Medisch beroepsgeheim in dubio werd ook al aangegeven dat artsen te weinig kennis hebben over de grijze gevallen. De onderzoekers stelden voor om artsen met casussen te laten oefenen. Dat is ook een mooi voorstel, maar eigenlijk vindt D66 dat dit al in een veel eerder stadium moet gebeuren, namelijk tijdens de opleiding. Graag een reactie van de Minister.
De Wet BIG is bedoeld om de kwaliteit te bewaken en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. De Minister kiest niet voor een fundamentele herziening van de wet, maar wel voor aanpassingen. Op zich is D66 het daarmee eens, maar ik heb wel een paar vragen. Om te beginnen sluit ik mij aan bij de vragen van mevrouw Klever over de AMvB's. Daarnaast wordt op dit moment alleen het aantal patiënturen meegerekend in de vijfjaarlijkse herregistratie. De Minister wil de eisen aan herregistratie uitbreiden. Als voorbeelden hiervan noemt ze intercollegiale toetsing en deskundigheidbevorderende activiteiten. Op welke manier moet dit concreet gebeuren? Overweegt de Minister om nog andere eisen toe te voegen?
Deze wet heeft natuurlijk betrekking op de reguliere zorg. Beroepsgroepen die zich hoofdzakelijk met niet-reguliere, alternatieve of complementaire zorg bezighouden vallen niet onder de wettelijke regulering. Ik vraag de Minister hoe ik het begrip «hoofdzakelijk» moet interpreteren. Er zijn natuurlijk artsen die voor een deel de reguliere geneeskunde beoefenen maar daarnaast complementaire geneeskunde toepassen. Wanneer val je dan onder de Wet BIG? Hoe zit het met artsen die fiftyfifty werken? Is de Minister het met D66 eens dat er ook in deze beroepsgroepen sprake is van patiëntcontact waarbij de patiënt bescherming verdient?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Het medisch beroepsgeheim is een groot goed in de zorg. Het medisch beroepsgeheim is van de patiënt en gaat om het beschermen van de vertrouwensrelatie tussen de arts en de patiënt. Er moeten dus zwaarwegende redenen zijn, wil je als arts of als overheid het medisch beroepsgeheim doorbreken. In de zomer was er berichtgeving dat de Minister het medisch beroepsgeheim in de uitverkoop zou doen. Het CDA vindt dat een doorbreking van het medisch beroepsgeheim altijd proportioneel moet zijn. Ook moet altijd eerst worden bekeken of er andere, minder vergaande maatregelen mogelijk zijn. Is de Minister nog steeds van plan om een wetsvoorstel te maken waarmee het medisch beroepsgeheim verder wordt uitgehold?
Nu is het al mogelijk dat bij bijvoorbeeld sterke vermoedens van fraude de zorgverzekeraar de medische dossiers inkijkt. Dat is aan strenge regels gebonden. Deze regels zijn opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. Patiënten krijgen alleen helemaal niet te weten dat de zorgverzekeraars hun medische dossiers hebben ingekeken. Zou het niet goed zijn als

zorgverzekeraars het bij hun verzekerden melden als zij hun medisch dossier hebben ingekeken? Ik krijg hierop graag een reactie van de Minister.
Artsen redden mensenlevens en maken mensen weer gezond. Ze werken dag in, dag uit met heel kwetsbare mensen die van hen afhankelijk zijn.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Mevrouw Bruins Slot vroeg, als ik het goed hoorde, of de Minister vindt dat patiënten moeten worden geïnformeerd als een verzekeraar hun dossier heeft ingekeken. Vindt mevrouw Bruins Slot dat niet een beetje aan de late kant?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het mag wat mij betreft ook op het moment dat ze het gaan inkijken. In ieder geval moet de patiënt/de verzekerde zich ergens gedurende het proces ervan bewust zijn dat de zorgverzekeraar het dossier heeft ingekeken. Naar de vraag welk moment dat moet zijn, moet goed worden gekeken.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Het is nogal fundamenteel. Daarom vraag ik het. Als je later te horen krijgt dat je dossier is ingekeken, heeft de verzekeraar dat al gedaan en is hij dus op de hoogte van alles wat daarin staat. Mijn vraag aan mevrouw Bruins Slot is of zij vindt dat patiënten eigenlijk vooraf hun toestemming hiervoor moeten geven.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): In het proces van materiële controle hoeft een patiënt in beginsel geen toestemming te verlenen, omdat de materiële controle wordt gedaan op het moment dat er sterke vermoedens van fraude zijn. Dat zou het weer heel lastig maken om dat goed uit te voeren. Het kan ook wel, omdat de Nederlandse Zorgautoriteit op een heel zorgvuldige manier regels heeft opgesteld. Ik zie nog wel problemen in het feit dat zorgverzekeraars soms op een onhandige en onverstandige manier daarmee omgaan.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Het is natuurlijk wel zo dat het medisch beroepsgeheim nu al in zwaarwegende gevallen terzijde kan worden geschoven. Dat heeft de Hoge Raad meerdere keren vastgesteld. Mevrouw Bruins Slot zegt dat als er sterke vermoedens van fraude zijn, het medisch beroepsgeheim wel mag worden doorbroken. Er zijn nu al specifieke situaties waarin dat kan. Waarom zouden we dat dan wettelijk moeten vastleggen? Ik deel de mening van mevrouw Dijkstra dat er vooraf toestemming moet worden gegeven.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het gaat hier volgens mij om twee verschillende zaken. Ik heb het over de materiële controle die door de zorgverzekeraar wordt uitgevoerd. De NZa heeft daartoe regelgeving gemaakt. Die regels zijn ook voorgelegd aan het College bescherming persoonsgegevens (CPB), dat ze akkoord heeft bevonden. Dat is dus keurig ingericht zoals het zou moeten. De beste instantie van Nederland die er verstand van heeft, heeft er groen licht voor gegeven. Als mevrouw Voortman bedoelt dat wij niet zomaar het medisch beroepsgeheim in de uitverkoop moeten doen en altijd eerst moeten kijken of er andere maatregelen mogelijk zijn, ben ik het met haar eens.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik sloeg eventjes aan op de opmerking van mevrouw Bruins Slot dat fraudebestrijding een reden zou kunnen zijn om het medisch beroepsgeheim terzijde te schuiven. Ik begrijp nu dat dit voor haar alsnog geen reden is om het medisch beroepsgeheim opzij te schuiven.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het proces waar ik het over heb, is dat een zorgverzekeraar op een gegeven moment ook moet controleren of een

zorgaanbieder zijn werk goed heeft gedaan. Daarin is er een aantal verschillende stappen waarbij je een soort schaal ingaat als je steeds meer onraad ruikt. Als er heel sterke vermoedens van fraude zijn, mag je uiteindelijk een materiële controle doen. Die houdt in dat je de dossiers van de mensen zelf inkijkt. Daarvoor is een heel strikte procedure opgesteld die is gecheckt en goedgekeurd door het College bescherming persoonsgegevens. Daarover heb ik de vraag gesteld of patiënten eigenlijk niet moeten weten dat hun dossiers zijn ingekeken of dat een zorgverzekeraar dat gaat doen. Daarop krijg ik graag een antwoord van de Minister. Ik hoop dat ik daarmee heb duidelijk gemaakt aan mevrouw Voortman dat we het over twee verschillende onderwerpen hebben.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik heb een vraag op hetzelfde punt. Mevrouw Bruins Slot wijst er terecht op dat er een strikte procedure geldt voor de materiële controle. Niet elk dossier wordt zomaar opengetrokken. Patiënten worden nu niet geïnformeerd. Mevrouw Bruins Slot zegt dat ze achteraf moeten worden geïnformeerd. Waarom zou je ze niet vooraf moeten melden dat er in hun dossier wordt gekeken omdat daar een reden voor is? Waarom zou je dat niet vooraf bespreken? Waarom moet dat achteraf? Dan heeft de patiënt er niets aan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb nergens in mijn tekst «achteraf» staan. Ik heb aangegeven dat het goed zou zijn als er ergens in het proces een moment is dat ze worden geïnformeerd. Laten we kijken naar een goed moment.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Is het dan niet handiger om aan een patiënt te vragen of er om die reden in zijn dossier mag worden gekeken? Als de patiënt het dan niet wil, kan er een alternatief worden ingezet zoals anonimisering van het dossier. Anders word je als patiënt wel geïnformeerd, maar met de mededeling «wij gaan uw dossier openen», terwijl de kern van het probleem is dat daarmee het beroepsgeheim wordt aangetast. Het gebeurt niet vaak, maar het kan wel gebeuren. Is het dan niet netter om het te overleggen? Als de patiënt nee zegt, kan er worden gekeken naar een andere oplossing waarmee de privacy meer wordt beschermd.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is een interessante vraag om aan de Minister mee te geven in hoeverre de privacyregels daarop weer betrekking hebben. Daarin speelt wel de vraag wat je doet met de geestelijke gezondheidszorg. Die speelt ook in een wetsvoorstel dat we nog met de Minister gaan behandelen. Sommige patiënten hebben bijvoorbeeld aangegeven dat hun diagnose niet bij de zorgverzekeraar mag liggen. Geldt dat ook nog op het moment dat je een materiële controle doet?

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): Mevrouw Bruins Slot heeft, evenals een paar andere mensen in deze commissie, een briefing gekregen van de Minister over het medisch beroepsgeheim. Daarin is ook aangegeven dat het bij de controles die worden gedaan door de verzekeraar, niet gaat om de zorgverzekeraar an sich, maar dat ze worden uitgevoerd door medische adviseurs van de zorgverzekeraar die ook onder het medisch beroepsgeheim vallen. Hoe beoordeelt mevrouw Bruins Slot deze kanttekening?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Die briefing was besloten, dus ik weet niet in hoeverre ik daar nu heel uitgebreid over kan spreken. Het was een besloten briefing.

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): Maar daarna is er ook een brief gekomen waarin de conclusies openbaar zijn gemaakt.

De **voorzitter**: Mevrouw Bruins Slot, misschien kunt u de vraag van mevrouw Schut beantwoorden op basis van de brief, die openbaar is. Een besloten briefing kunnen wij echter niet aanhalen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Nee, voorzitter, dat was even procedureel. Ik zeg tot mevrouw Schut dat de zorgverzekeraars gewoon goede medische adviseurs moeten hebben, maar dat ze de mensen die voor hen werken vooral goed moeten instrueren. We hebben een aantal voorbeelden gezien van een huisarts met palliatieve zorg. Ik vond het echt afschuwelijk hoe dat gegaan is. Als je regels hebt, moet je mensen daarna wel goed trainen en opleiden om die regels goed toe te passen en om dat, vooral op dit punt, ook heel zorgvuldig te doen. Er is dus altijd nog een verschil tussen de theorie en de praktijk.

De **voorzitter**: Gaat u verder met uw betoog.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voordat ik interrupties kreeg, vertelde ik dat de meeste artsen fantastisch werk doen en dat op een heel zorgvuldige en integere manier doen. Helaas zijn er ook altijd een paar rotte appels die onder werktijd of in hun privétijd misbruik maken van de afhankelijkheid van kwetsbare mensen, bijvoorbeeld door kinderen seksueel te misbruiken, ook in privétijd. We hebben nu geregeld dat de strafrechter over dit soort gedrag onder werktijd de arts een beroepsverbod kan opleggen. De strafrechter kan echter geen beroepsverbod opleggen als het om ernstige privémisdragingen van de arts gaat, zoals seksueel misbruik. Eerder is daarover een motie (29 282, nr. 222) aangenomen van mij en mevrouw Bouwmeester. De Minister zou ons in het najaar laten weten hoe zij die gaat uitvoeren. Het is nu het najaar, dus mijn vraag aan de Minister is wat er uit die gedachtegang is gekomen.
De CDA-fractie hoort geluiden dat er twee wetsvoorstellen over de Wet BIG en het tuchtrecht worden ingediend. Dat lijkt haar wat omslachtig. We hebben met de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang twee wetsvoorstellen ook twee wetsvoorstellen die heel erg met elkaar te maken hebben. Ook bij de behandelingen van die wetsvoorstellen merk je dat het lastig is om de samenhang te bewaren. Waarom kiest de Minister er niet voor om alle maatregelen straks in één wetsvoorstel neer te leggen?
In de antwoorden die we van de Minister hebben gekregen gaf zij aan dat zij overweegt om een zerotolerancenorm in te voeren voor het gebruik van alcohol en verdovende middelen tijdens het werk in de zorg. In bijvoorbeeld de luchtvaart is dat ook al zo geregeld. De CDA-fractie vindt dit een goed idee. De Minister zou in het najaar de Tweede Kamer informeren over de wijze waarop het toezicht hierop kan worden verbeterd en de wijze waarop zij dat verder in het vat gaat gieten. Wat is de stand van zaken?
Verder dank ik de Minister ervoor dat zij de physician assistant en de verpleegkundig specialist een wettelijke verankering gaat geven. Mijn oud-collega Sabine Uitslag heeft zich hier altijd sterk voor gemaakt. Alleen voor de physician assistant geldt dat er enkele voorbehouden handelingen, zoals de endoscopie, nog niet kunnen worden opgenomen, omdat er onvoldoende onderzoek was gedaan; mevrouw Voortman ging daar ook al op in. Wil de Minister het vervolgonderzoek mogelijk maken?
Een laatste vraag: wat is eigenlijk de status van inspectierapporten bij de tuchtrechter? Hebben ze een bijzondere status of worden ze op een normale manier gewogen, zoals andere rapporten?

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De privacy in de zorg staat in toenemende mate onder druk. De artsenfederatie KNMG is bezorgd over het feit dat politici, bewindslieden en anderen steeds vaker van mening zijn dat het medisch beroepsgeheim wel kan worden opgerekt. Dat blijkt uit een gesprek dat zij met de Minister had. De Minister zegt: als ik iets doe, kijk ik heel goed naar de noodzakelijkheid, proportionaliteit en subsidiariteit. Uit onderzoek dat de Minister zelf heeft laten uitvoeren blijkt echter dat een wetswijziging niet nodig is. De huidige wetgeving biedt voldoende mogelijkheden. Toch zet de Minister de wetswijziging door, in het kader van het verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving. In de wet krijgen de zorgverzekeraars meer mogelijkheden ten koste van het medisch beroepsgeheim. Dat vindt de SP een heel ongewenste ontwikkeling.
Het medisch beroepsgeheim vormt de basis van een arts-patiëntrelatie. De patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat wat in de spreekkamer wordt gedeeld, niet wordt gedeeld met bijvoorbeeld zorgverzekeraars. De vraag luidt toch als volgt. Als je bijvoorbeeld fraude wilt bestrijden, wat wij allen willen, zijn daarvoor dan nieuwe bevoegdheden van de zorgverzekeraars nodig? Zou je het systeem niet moeten vereenvoudigen om fraude terug te dringen? Ik wijs maar even op de wijze waarop de financiering van de ziekenhuizen is georganiseerd. Dat is natuurlijk rampzalig.
Een fenomeen dat mij is opgevallen is dat instanties als het UVW, gemeenten, verzekeraars en letselschadebureaus van patiënten verlangen dat zij hun medisch dossier opvragen. Dat is een patiëntrecht. Een afschrift daarvan moeten ze overleggen bij de instantie. Ik vraag de Minister of dit überhaupt mag en of dit oneigenlijk gebruik is van het patiëntrecht en een ondermijning van het beroepsgeheim.
In haar brief over de evaluatie van de Wet BIG gaf de Minister aan dat zij aan het onderzoeken is of meer beroepen kunnen worden opgenomen in het lichte regime en een zelfstandige bevoegdheid kunnen krijgen. We hebben nu weer de bachelor medische hulpverlening. Moeten we echter niet toe naar een situatie waarin er overal voldoende personeel op de werkvloer is, in plaats van weer nieuwe, extra beroepen toe te voegen? Ik krijg hierop graag een reactie van de Minister.
Een belangrijk punt voor de SP betreft de eisen die worden gesteld aan buitenlandse beroepsbeoefenaren die in Nederland willen komen werken. We hebben hierover al gesproken tijdens de behandeling van de wijziging van de Europese richtlijn. Het is goed dat de Minister taaleisen wil opnemen voor de registratie in het BIG-register. Dat geldt echter maar voor een beperkt aantal beroepen. Waarom worden de zestien paramedische beroepen niet meegenomen? Verder wil ik graag weten waarom de Minister enkel op taaleisen controleert. Is het juist niet goed om ook extra te controleren op opleiding en bepaalde vaardigheidseisen? We moeten voorkomen dat iemand enkel met een papiertje aan de slag kan.
Mijn laatste punt betreft het gebruik van medische titulatuur en de bevoegdheid tot voorbehouden handelingen. We moeten af van termen als cosmetisch arts en natuurarts. Dat zijn geen officiële medische beroepen, maar er wordt wel deskundigheid mee gesuggereerd gelijk aan die van een huisarts, chirurg of internist c.q. medisch specialist. Hoe kunnen we dit aanscherpen in de wet? Op welke wijze vindt aanscherping plaats inzake de vraag welke arts welke handelingen mag verrichten? We kennen allemaal het voorbeeld van de horrorborstendokter uit Den Haag die als gynaecoloog plastisch-chirurgische borstoperaties en gelaatscorrecties verrichtte, met desastreuze gevolgen. In 2010 heb ik hierover een amendement ingediend, dat het toen niet haalde. Ik vraag de Minister om toch nog eens naar dit amendement te kijken. Staat zij er nu wellicht toch voor open? Kunnen wij het misschien in die geest uitwerken?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Het doel van de onderwerpen die wij vandaag bespreken, is de bescherming van mensen tegen onzorgvuldig en onbekwaam handelen en de bescherming van de privacy van de patiënt. Deze doelen kunnen we mede bereiken door een andere cultuur van luisteren, bespreken en samen afwegen, in combinatie met openheid en stevige randvoorwaarden om zorg te mogen verlenen. In dit AO wil de PvdA-fractie drie punten naar voren brengen. Als eerste is dat de bescherming van het medisch beroepsgeheim. Dat is voor de Partij van de Arbeid van groot belang en zeer heilig. Het bepaalt namelijk de gelijke toegang tot de zorg. Mensen moeten erop kunnen vertrouwen dat deze geheimhouding niet zomaar wordt geschonden. Tot op heden heeft de Partij van de Arbeid nog geen steekhoudend argument gehoord om het beroepsgeheim op te rekken ten behoeve van opsporing of andere zaken. Er zijn niet meer mogelijkheden noodzakelijk dan wat nu al kan, zoals ook uit het iBMG-onderzoek blijkt. Wel vragen we ons af hoe de privacy op dit moment beter geregeld kan worden, zoals bij de materiële controle door de zorgverzekeraar. Welke mogelijkheden zijn er bijvoorbeeld om anonieme inzage te regelen of om de patiënt vooraf toestemming te vragen en te informeren? Wie controleert nu of de inzage noodzakelijk is? Hoe vaak gebeurt het? Daar is geen overzicht van. En wie houdt bij of het echt effectief is dat er wordt ingezien? Waar kan de patiënt advies inwinnen als een derde zijn dossier wil inzien? Bijvoorbeeld verzekeringsmaatschappijen vragen tegenwoordig om een patiëntdossier. De patiënt denkt: ik geef het maar, want wat is mijn alternatief? Wie staat er dan nog achter de patiënt? Wie beoordeelt of inzage gerechtvaardigd is?
Wat vindt de Minister in dat kader van het idee om een commissie van wijzen in te stellen, met daarin een jurist, een arts en een leek, die kan beoordelen of inzage noodzakelijk en gerechtvaardigd is? Wil de Minister dit idee meenemen in de actualisatie van de factsheet die zij samen met de KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) aan het maken is? Wil de Minister bij de actualisatie ook de patiëntenkoepels meenemen?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik vind het een goed idee om een commissie in te stellen, maar hoe verhoudt zich dat tot de voorstellen die er nu al liggen en de voornemens die er nu al zijn? Wil de PvdA die commissie dan ook vragen om hiernaar te kijken, zodat we tot die tijd geen onomkeerbare besluiten nemen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat is een terechte vraag van mevrouw Voortman. Dank daarvoor. Ik hoor heel veel geruchten over een mogelijk in wording zijnd voorstel om het beroepsgeheim op te rekken, maar ik heb het voorstel nog niet gezien. Ik heb de Minister ook nog nooit horen zeggen dat het er komt. Ik ga er dus van uit dat het voorstel er niet komt. Daarom zou het heel mooi zijn als de Minister dit gerucht bij dezen uit de wereld kan helpen. Wij geven echter op voorhand alvast aan dat wij niet vinden dat er een reden is om het medisch beroepsgeheim op te rekken. Wij hebben daartoe geen noodzaak gezien. Wij zien echter wel zaken aan de kant van de patiënt. Er zijn een aantal casussen in de ggz van nabestaanden die zeggen: onze dierbare is overleden in een ggz-instelling en we hebben gerede twijfel over de oorzaak, maar het dossier is dicht, de dokter wil het niet openen en de IGZ wil geen onderzoek doen. Daar sta je dan. Natuurlijk willen we niet dat een dossier zomaar wordt geopend, maar in die gevallen zou een commissie van wijzen kunnen bekijken welk onderdeel moet worden ingezien, of dat gerechtvaardigd is en of het kan helpen bij waarheidsvinding. Maar dat kan alleen heel zorgvuldig gebeuren, anders gaat het aan de kant van de patiënt niet goed.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dan is het dus meer iets voor individuele gevallen. Het is dus niet de bedoeling dat deze commissie ook

een breder advies gaat geven. Dat vind ik heel jammer, want afgelopen maandag, in het wetgevingsoverleg Jeugdzorg, dienden de Partij van de Arbeid en de VVD een voorstel in om het beroepsgeheim bij vermoedens van kindermishandeling juist wat minder streng toe te passen. De woordvoerder van de PvdA bleef maar zeggen: ik wil dat huisartsen verplicht kunnen worden om hun gegevens te delen. Ik hoop dat binnen de PvdA met één stem gesproken wordt en dat soort voorstellen niet zomaar doorgang zal vinden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik snap de poging van GroenLinks heel goed, maar het enige wat wij graag willen met kindermishandeling, is dat er in de praktijk beter wordt samengewerkt en dat mensen elkaar weten te vinden om de kinderen te beschermen tegen de verschrikking van de eigen ouders die hen mishandelen, waardoor zij niet gezond en niet gelukkig kunnen opgroeien. We hebben ook gezegd: als je nu allerlei wettelijke law-and-orderdingen daarop loslaat, wil dat niet zeggen dat partijen elkaar dan vinden, gaan samenwerken en achter het kind gaan staan. Daar is een heel nadrukkelijk onderscheid in gemaakt. Dat is daar ook gezegd. Uiteindelijk is dat wat geldt. Voor ons staat het kind voorop, en helemaal een kwetsbaar kind dat geen kant op kan. Laten we alles in het werk stellen om ervoor te zorgen dat artsen met elkaar gaan samenwerken om het kind daadwerkelijk te beschermen, zonder te vervallen in een law-and-ordermentaliteit. Ik snap ook dat het een ingewikkeld verhaal is. Het is niet zo plat als in: je bent voor of tegen een meldplicht. Nee, je moet beter samenwerken. Uiteindelijk is dat wat helpt. Een keiharde wet erop zetten, helpt in ieder geval niet. Ik hoop dat ik hiermee de vraag heb kunnen beantwoorden.

De **voorzitter**: Dat zal in tweede termijn blijken. Gaat u verder.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Over de evaluatie van de BIG hebben wij al een schriftelijk overleg gehad, maar wij willen vandaag toch nog een paar punten nader aanstippen. De rest komt bij de wetswijziging. Patiënten moeten weten welke dokter ze voor zich hebben. Er is een oerwoud aan dokterstitels, subspecialisaties en namen, maar hoe weet de patiënt nog wie hij voor zich heeft, wat zijn titel betekent en of die titel ook deugt? We kennen misleidende dokterstitels als «cosmetisch arts». Zo'n titel lijkt te horen bij een medisch specialist die goed opgeleid is in plastische ingrepen, maar in werkelijkheid is het een basisarts zonder vervolgopleiding. Ook «kindercardioloog», «vasculair neuroloog» of «Vereniging van acupunctuurartsen» zijn titels die vrij te gebruiken zijn en verwarrend zijn voor patiënten. We kennen voorbeelden genoeg waardoor patiënten op het verkeerde been worden gezet en zij soms niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. Er is meer duidelijkheid nodig over de dokterstitel met de bijbehorende opleiding, als bescherming voor de patiënt, zodat die kan vertrouwen op zijn arts. Het is ook een bescherming voor zorgverleners en dokters zelf, zodat de titel staat voor kwaliteit en daarover absoluut geen twijfel bestaat. Welke mogelijkheden zijn er om de titels beter te beschermen en ervoor te zorgen dat de opleidingsprofielen hierbij passen? Wat is de rol van de inspectie en wat is de rol van de beroepsgroep? Deels zijn de titels privaat geregistreerd, waardoor ze niet onder het kwaliteitskader vallen en daarmee dus niet onder de IGZ. Hoe kan een patiënt dan nog worden beschermd tegen deze titels? Neemt de Minister de aanbeveling over van de evaluatiecommissie van de BIG om dit te monitoren en vervolgens te bekijken hoe dit beter geregistreerd kan worden? En hoe wordt geborgd dat bij een operatie vooraf altijd duidelijk is voor een patiënt wie die operatie verricht? Het kan niet zo zijn dat ziekenhuizen zeggen: dat vertellen wij u niet.

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): Ik las dit voorstel van mevrouw Bouwmeester op Teletekst. Ik heb toen eens op Google «overzicht kindercardiologen in Nederland» ingetypt, en kreeg een keurig overzicht van ZorgkaartNederland.nl. Dat is een prachtig voorbeeld van private samenwerking die transparantie in de zorg oplevert. In dat overzicht kun je zien welke 78 kindercardiologen in Nederland werkzaam zijn. Ze staan geregistreerd per ziekenhuis en per stad. Welk probleem lost mevrouw Bouwmeester dus met dit voorstel op?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het is jammer dat de VVD nog niet erkent dat de enorme hoeveelheid titels een probleem is, omdat patiënten vaak niet meer weten: klopt de titel, is iemand goed opgeleid en wordt dat gecontroleerd en bijgehouden? Het is één grote wirwar. Wij staan voor het helpen van de patiënt. Als hij ergens heen gaat, moet hij het onderscheid kunnen zien tussen een basisarts, een specialisme, een superspecialisme, waar een opleiding bij hoort, en een natuurarts. Iemand kan zich «bedrijfsarts» noemen, wat iets veronderstelt wat het niet altijd is. Dat is ook niet aardig voor de bedrijfsartsen die echt een vervolgopleiding hebben gedaan. Wij gaan dus achter de patiënten staan. Ook gaan we achter de artsen staan die de betreffende opleidingen echt hebben gevolgd. Mevrouw Schut redeneert echter vanuit de procedure. Die is theoretisch op zich best in orde. De officiële mensen staan geregistreerd, maar de mensen die de titel officieus hebben niet.
En dan nu even naar de praktijk.

De **voorzitter**: Kort en afrondend, mevrouw Bouwmeester.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Je zit met je kind in de spreekkamer. Ga je dan eerst even kijken op www.bigregister.nl? Vraag je dan het BIG-nummer van de arts en ga je dat intoetsen om te zien wat zijn opleiding is? Nee, dat doe je niet. Wij vragen dus ook iets van de beroepsgroep. Wij vragen ook iets in de preventieve sfeer, omdat wij niet uitgaan van de maximale zelfredzaamheid van mensen die kwetsbaar zijn als ze zorg zoeken. Wij proberen problemen te voorkomen.

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): Ik vraag mevrouw Bouwmeester om één voorbeeld te noemen van een academisch ziekenhuis dat een kindercardioloog kinderhartjes laat opereren zonder dat hij bevoegd en bekwaam is. Ik heb dat voorbeeld niet kunnen vinden. Als mevrouw Bouwmeester dat voorbeeld wel heeft, lijkt het me goed dat we daar de inspectie op afsturen, want dat mag helemaal niet.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dit is precies het probleem. In theorie is het allemaal heel netjes geregeld. In theorie gaan ouders die dit weten, natuurlijk meteen naar de inspectie. Dan zeggen ze: potverdorie, dit klopt niet, maar gelukkig ben ik zo mondig dat ik het allemaal van tevoren heb gezien, het BIG-nummer heb ingevoerd en alles heb gecontroleerd. Intussen staat de dokter op hen te wachten. Dat is natuurlijk niet de praktijk. Er zijn ook artsen die de titel gebruiken buiten een academisch ziekenhuis. Dat moet je voorkomen. In een academische setting, waarin mensen samenwerken in kleine teams, zal het niet snel gebeuren. Maar daarbuiten wel. Vandaar dat wij heel graag willen dat er preventieve maatregelen worden genomen. Niet iedereen is immers ontzettend zelfredzaam als hij zorg nodig heeft, en helemaal niet als hij met zijn kind naar een kindercardioloog moet.

De **voorzitter**: U rondt uw betoog af. Of bent u aan het einde?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Nee, ik ben nog even bezig. Ik heb nog een paar punten.

De **voorzitter**: Nee, nee, nee, u hebt nog exact twintig seconden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Twintig seconden, oké. Wat vindt de Minister van het voorstel van V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland) om de herregistratie strikter te maken om de kwaliteit te borgen?
Over onze motie over de zeden heeft mevrouw Bruins Slot al een vraag gesteld.
Tot slot. Er zijn heel veel registraties voor het geval er iets niet goed gaat. We hebben de BIG-registratie, we hebben het tuchtrecht, het strafrecht en het College van Medisch Toezicht. Het zou zo ontzettend helpen als alles wat nu goed gaat, gebundeld wordt, zodat het lerend vermogen wordt vergroot, zodat de inspectie erop kan zitten en – heel belangrijk – zodat de patiënt het ook kan zien. Een patiënt is afhankelijk van een arts, maar hij kan eigenlijk nergens zien wat er goed gaat en wat niet. Daarin willen wij de patiënt graag helpen.

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): Voorzitter. Er staan veertien rapporten en brieven op de agenda. We kunnen zien dat de Minister erg actief is op dit dossier en dat is te prijzen. Een stuk waarnaar we allang verlangen, is de wetswijziging BIG. Wanneer komt die naar de Kamer? Ik heb drie onderdelen in mijn inbreng: de taakherschikking, de wijzigingen van de Wet BIG en het medisch beroepsgeheim.
Ik begin met de brieven over de taakherschikking. Door elkaar snel opvolgende medisch-technologische ontwikkelingen neemt de specialisatie van medisch specialisten in rap tempo toe. De integrale bekostiging van medisch-specialistische zorg maakt het nu mogelijk dat na specialisatie ook taakherschikking meer en meer wordt gestimuleerd. De VVD is hiervoor. Zo zien we dat er nieuwe beroepen bij zijn gekomen, zoals de physician assistant, de verpleegkundig specialist en binnenkort ook de bachelor medische hulpverlening, BMH. We zijn dan ook, net als mevrouw Voortman, tevreden dat de Minister heeft besloten om de physician assistant en de verpleegkundig specialist een volledige status te geven volgens de Wet BIG. Afgelopen vrijdag was ik met enkele collega's op het congres van de physician assistants. Naar aanleiding daarvan heb ik enkele vragen. Klopt het dat er door de introductie van die nieuwe beroepen meer tijd wordt besteed aan overleggen dan aan direct patiëntencontact? Is die overlegtijd gegroeid? Wat is het oordeel van de Minister hierover? De VVD vindt ook dat goede afstemming in het belang is van de kwaliteit, maar als dat leidt tot meer administratieve belasting en minder patiëntencontact, drijft dat de prijs van de zorg onnodig op. Hoe kan hierin een goede balans worden gevonden?
Ook kan er nog wat verbeteren aan de aansluiting tussen de opleidingen en de arbeidsmarkt. Klopt het dat als een bachelor medische hulpverlening eenmaal een masteropleiding physician assistant heeft gevolgd, hij handelingen voorbehouden aan een bachelor medische hulpverlening niet meer mag uitvoeren? Dat kan toch niet de bedoeling zijn? De VVD is ervan overtuigd dat dit overgangsproblemen zijn, maar zij ziet hiervoor wel graag een oplossing. De bachelor medische hulpverlening wordt niet ondergebracht in het BIG-register, maar wel geplaatst onder het tuchtrecht. Wij hebben daarover de volgende vragen. Waarom is dit onderscheid tussen physician assistants en bachelors medische hulpverlening gemaakt? Komt dit ook voor bij andere beroepen? En is dit omdat BMH's onder toezicht van een arts werken of om een andere reden?
We vinden het positief dat de Minister op basis van het Panteia-rapport de kennis van het Nederlands als voorwaarde stelt bij registratie in het BIG-register voor gediplomeerden, niet alleen van buiten maar ook van binnen de EU. Dat was een vurige wens van de VVD. Wij stellen het dan ook op prijs dat het de Minister is gelukt om dit samen met haar collega van OCW te regelen.

De VVD is er voorstander van dat nieuwe beroepen worden toegelaten tot het BIG-register, voor zover deze onderscheidend zijn en voorzien in een behoefte. Nu is er een nieuwe Europese richtlijn, die tot gevolg heeft dat als een beroep toegelaten is in een groep Europese lidstaten, de beroepsgroep een gemeenschappelijk opleidingskader kan ontwikkelen en vaststellen en zo automatisch erkenning in andere lidstaten kan afdwingen. Wat denkt de Minister dat de gevolgen zijn van deze Europese richtlijn? Welke beroepen zullen daarvan in Nederland gebruikmaken? Zou dit bijvoorbeeld een mogelijkheid zijn voor chiropractors om toelating in Nederland te krijgen?
Mijn volgende onderwerp is het medisch beroepsgeheim.

De **voorzitter**: Gaat u richting een afronding?

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): Ja, dit is het laatste punt.
Bij het medisch beroepsgeheim staat voorop dat deze waarborg nodig is zodat patiënten hulp durven te vragen. Dat is essentieel voor de toegankelijkheid en de patiëntveiligheid. De motie-Van der Staaij c.s. sprak van belemmeringen in de informatiedeling onder het medisch beroepsgeheim, maar het rapport «Medisch beroepsgeheim in dubio» spreekt ook van onduidelijkheid in politie- en justitiekringen. We hebben met dat rapport meer voorbeelden gekregen die de afbakening duidelijk maken, maar de VVD vindt het wel van het grootste belang ...

De **voorzitter**: Rondt u af.

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): Dit is echt de laatste zin, voorzitter. De VVD vindt het wel van het grootste belang dat het medisch beroepsgeheim kan worden doorbroken bij het vermoeden van grootschalige fraude waarin patiënt en zorgaanbieders samenspannen, zoals in de Marque-zaak. Hoe moeten wij de voortgang zien van het wetsvoorstel dat in 2013 is aangekondigd ten opzichte van de brief ter uitvoering van de motie-Van der Staaij c.s.?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik zal mijn collega even helpen aan wat extra spreektijd, ook omdat ik wel benieuwd ben naar de mening van de VVD. Moet het medisch beroepsgeheim nou worden opgeheven of niet? En in welke omstandigheden en met welke waarborgen zou dat moeten gebeuren? Dat is een uitgebreide vraag, waar ook een uitgebreid antwoord bij hoort.

De **voorzitter**: Nee, daar wordt kort op geantwoord door mevrouw Schut.

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): Ja, daar kan kort op worden geantwoord. Wij vinden het medisch beroepsgeheim van het grootste belang, maar er zijn voorbeelden, ook in het rapport «Medisch beroepsgeheim in dubio», waarin patiënt en zorgverlener samenspannen om grootschalig fraude te plegen. Dan wil de patiënt niet meewerken aan de doorbreking van het beroepsgeheim en de zorgaanbieder ook niet. In dat geval kan ik me voorstellen dat het nodig is om dat beroepsgeheim te doorbreken. Maar dat gebeurt dan alleen voor het aanpakken van fraude en als er geen andere mogelijkheid is.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Wie zou dan moeten toetsen of dit echt het geval is?

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): Dat is ultimo natuurlijk altijd de rechter, maar de wetgever bepaalt onder welke voorwaarden dat kan.

De **voorzitter**: Daarmee zijn wij aan het eind gekomen van de eerste termijn.

De vergadering wordt van 10.49 uur tot 11.00 uur geschorst.

De **voorzitter**: Ik zal in de beantwoording van de Minister een tweetal interrupties per fractie toestaan.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik dank de leden voor hun inbreng in eerste termijn. De twee hoofdlijnen in dit AO zijn de Wet BIG en het medisch beroepsgeheim. Ik zal eerst heel kort een algemeen beeld schetsen rond beide onderwerpen. Daarna zal ik per onderwerp op de vragen ingaan.

Over de Wet BIG is gevraagd hoe het zit met de procedure. We hebben een evaluatie gehad van de Wet BIG. Daar zijn een heleboel dingen uit gekomen. Daarover hebben wij een schriftelijke ronde gehad met de vaste Kamercommissie. Dat heeft inderdaad tijd gekost, maar dit eist ook zorgvuldigheid, omdat de Wet BIG best complex is, er heel veel private inbreng is en je dat soort dingen zorgvuldig wilt oplossen. Wat hebben we nu gemeend te moeten doen? We hebben inderdaad twee trajecten, twee wetswijzigingen in voorbereiding. Waarom doen we dat? Dat doen we om het tempo erin te houden, omdat de Kamer zelf aan een aantal zaken al verschillende maanden prioriteit geeft. De Kamer wilde dat die zaken geregeld zouden worden. Hoe zit het in elkaar? De Kamer heeft in haar vragen over onze beleidsreactie prioriteit gegeven aan de cosmetische sector en het toekomstbestendig maken van het tuchtrecht. Die zaken komen in het eerste traject. Daarover is een internetconsultatie geweest. Die zaken zitten nu in alle voorportalen van de ministerraad en de Raad van State. Die komen volgend jaar naar deze Kamer. In het tweede wetstraject zullen de punten uit de evaluatie rondom de beroepenregulering aan de orde komen. Daarin worden onder andere de uitbreiding van de herregistratie-eisen en het actualiseren van deskundigheidsgebieden meegenomen. Ook wordt daarin bijvoorbeeld geregeld dat de orthopedagoog-generalist als nieuw beroep in de Wet BIG wordt opgenomen. Dat soort dingen wordt daar geregeld. De internetconsultatie daarvan gaat in het voorjaar van 2016 in gang. Die wet zijn we nu dus in concept aan het maken. Na de consultatie treedt pas het hele traject in werking.

We hebben het dus opgeknipt om het tempo erin te houden. Dingen zoals de motie over de strafrechter, waarop ik straks terugkom, willen we al regelen. Als je dan helemaal moet wachten tot alles rond is, wordt het wel een heel langzaam traject. Daarom zijn die twee dingen gesplitst. Het ene gaat eerst en het andere komt later. Mevrouw Bruins Slot merkte op dat je dan wel het overzicht moet houden en ervoor moet zorgen dat alles goed op elkaar aansluit. Dat ben ik met haar eens, maar we hebben hier toch voor gekozen, anders gaat het heel lang duren. Dat vind ik zonde, zeker omdat er een heel breed draagvlak is om bepaalde dingen alvast te gaan doen. Dat is de reden van het opknippen. Ik kom straks op alle vragen die over de Wet BIG zijn gesteld.

Ik kom op het medisch beroepsgeheim. Ik ben het met iedereen eens die zegt dat het medisch beroepsgeheim ontzettend belangrijk is. We hebben dat natuurlijk niet voor niks. We hebben dat zodat je met een gerust hart naar de dokter gaat en je daar geen dingen achterhoudt die je eigen genezing belemmeren. Dan kun je alles op tafel leggen, zodat je daadwerkelijk aan genezing kunt werken. Daar moeten we zuinig op zijn, omdat wij willen dat mensen toegang hebben tot de medische stand zonder angst dat hun gegevens op straat komen te liggen. We hebben een onderzoek laten doen, «Medisch beroepsgeheim in dubio». Daarin wordt gesteld: eigenlijk werkt de wet goed, maar er is echt meer kennis nodig, en een betere toepassing. Daar zetten we nu ook met name op in: meer kennis en een betere toepassing.

Er is wat verwarring over de wetsvoorstellen. Er zijn twee wetsvoorstellen. Een ligt er al in deze Kamer. Daarover hebben we ook al een schriftelijke ronde gehad. Dat is op zich niet zo'n grote wijziging. Bij de materiële controle heb je een verschil tussen naturaverzekeringen en restitutieverzekeringen. Eigenlijk is dat een heel gekunsteld verschil. Waarom mag je dingen bij de naturaverzekering wél die je bij de restitutieverzekering niet mag? Dat wordt gelijkgetrokken. Deze zomer was er sprake van een wetsvoorstel dat zou regelen dat je eventueel in grote fraudezaken of strafrechtzaken inbreuk zou mogen doen op het medisch beroepsgeheim. Daarvan zijn stukken in de pers gekomen, terwijl het gewoon nog een ambtelijke gedachtegang was: wat moeten we daarmee? In de praktijk loopt men daar vast, maar wat moeten we daarmee doen? Daarvoor waren er verschillende scenario's, waaronder het wettelijk regelen. Ik ben het echter met iedereen eens die zegt dat je dingen pas wettelijk moet regelen als je ze niet op een andere manier kunt regelen. Ik zet dus niet in op een wettelijke regeling hierover. Ik zet in op die andere manier.
Ik kan ook zeggen waar we naar kijken. Wij hebben een onafhankelijke medisch adviseur die in dit soort zaken in een medisch dossier kan kijken als dat echt noodzakelijk is. Deze adviseur kan dan geanonimiseerd relevante zaken uit dat dossier ter beschikking stellen aan de rechtbank. Dat is de constructie waar we nu naar kijken. Daarvoor heb je helemaal geen wetswijziging nodig. Dat is gewoon beter toepassen wat al mag en bekijken of je daar in de praktijk beter mee kunt omgaan. Wij zijn dus niet bezig met een wetsvoorstel, zo zeg ik tegen mevrouw Voortman. Daar was van de zomer wel sprake van, maar die afweging liep nog intern. Wij hadden daar eerder allerlei gedachten over en allerlei scenario's voor. Wij kiezen nu voor het scenario waarin we deze weg van de onafhankelijk medisch adviseur verder proberen te onderzoeken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het is goed dat de Minister deze ruis weghaalt. Wij hebben het gehad over een commissie van wijzen. Dat is ook een onafhankelijk «persoon», want daarin zitten een jurist, een leek en een medisch adviseur. De Minister werkt nu aan een voorstel dat alleen een medisch adviseur betreft. Die is onafhankelijk en hij werkt anoniem, maar wie is dan de werkgever van deze medisch adviseur?

Minister **Schippers**: Ik werk aan een voorstel. Ik heb mijzelf die vraag ook gesteld, maar zover zijn we nog niet. Het gaat erom dat hij onafhankelijk is en dus niet in dienst van bijvoorbeeld een verzekeraar. Waar hij gepositioneerd moet worden, moet nog worden bekeken. We zijn nu eerst aan het bekijken of dit een route is die daadwerkelijk gaat opleveren wat we willen, want daar gaat het om. En is dat dan een route die betere waarborgen kent? Dus waar we hem precies positioneren, is nog niet helder. Zover zijn we ook nog niet, maar hij zal in ieder geval onafhankelijk zijn.

De **voorzitter**: Afrondend, mevrouw Bouwmeester.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dank hiervoor. Wie zijn baas is, bepaalt natuurlijk het antwoord op de vraag. Maar goed, dat horen we dan nog. Wil de Minister hierin ook meenemen ons voorstel voor een commissie van wijzen? Dan trekt zij het adviestraject dat zij nu ingaat, breder dan alleen een medisch adviseur.

Minister **Schippers**: Wij zitten ook nog niet in een adviestraject. We zijn er echt nog naar aan het kijken. We hebben het voorstel met de KNMG doorgesproken. We moeten het natuurlijk ook doorspreken aan de kant van Veiligheid en Justitie. We zijn nu al die gesprekken aan het voeren met al die betrokkenen, die daarvoor input nodig hebben. Ik kan de commissie van wijzen van mevrouw Bouwmeester daarin meenemen. Te

zijner tijd, als de gesprekken daadwerkelijk leiden tot een route die we met elkaar zouden willen volgen, gaan we echt bekijken waar we de onafhankelijke persoon het beste kunnen positioneren, hoe hij gefinancierd wordt en andere praktische vragen. Het gaat nu echter eerst even over de fundamentele vraag: zou het daadwerkelijk helpen als we een onafhankelijk medisch adviseur geanonimiseerd de informatie naar boven laten halen die op dat moment nodig is?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik ben blij dat de Minister aangeeft dat er geen sprake is van een wetsvoorstel dat ervoor moet zorgen dat verzekeringsartsen hun gegevens aan justitie moeten geven. Daar ben ik heel blij mee. Ik heb wel nog wat vragen over de medisch adviseur. Een medisch beroepsgeheim is namelijk geen gunst die de overheid aan artsen geeft. Het is gewoon een plicht die artsen hebben in relatie tot hun patiënt. Ik vraag me nog wel af hoe dat geborgd wordt op het moment dat men toch gegevens moet geven aan andere mensen.

Minister **Schippers**: Dat is altijd een afweging, want het medisch beroepsgeheim is niet absoluut. Dat is het nooit geweest en dat moet het ook niet worden. Dit gaat natuurlijk over heel gruwelijke zaken zoals verkrachting. Je kunt aan allerlei heel nare zaken denken waarin je op een gegeven moment echt vastzit en alleen maar via het medisch dossier verder zou kunnen komen. Dit zijn echt zaken waaraan allerlei afwegingen voorafgaan. Het is niet iets wat je zomaar doet. Dit is een exceptie, een uitzondering. Als ik met een voorstel naar de Kamer kom, zal ik natuurlijk aan de ene kant goed bekijken hoe alle waarborgen daarin zitten. Aan de andere kant zal ik bekijken hoe we vorderingen kunnen maken als er iets heel ernstigs aan de hand is. Die balans zoek ik.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De Minister zegt dat dit voor heel bijzondere gevallen is. Maar juist daarvoor biedt volgens mij het bestaande recht de mogelijkheid om te zeggen: in dit geval moet het medisch beroepsgeheim toch een stapje opzij doen. De Minister gaat nog verder kijken naar dit voorstel. Wil zij dat daarbij heel nadrukkelijk meenemen? In hoeverre zijn die exceptionele gevallen niet goed geborgd in de huidige wetgeving? Ik heb namelijk vooralsnog het idee dat dit wel het geval is.

Minister **Schippers**: Dat idee hebben ze bij Veiligheid en Justitie niet. Dat is ook precies de reden waarom we steeds met elkaar in gesprek zijn. Ik zoek daarbij de balans. Enerzijds wil ik bescherming van het medisch beroepsgeheim. Anderzijds zie ik ook wel dat er bijzondere situaties zijn waar je eigenlijk anders naar zou moeten kijken. Ik zoek dus de balans. Ik kom hier bij de Kamer op terug. Het is overigens iets wat al jaren speelt, dus het is niet echt een bevlieging in een specifieke zaak. Dit is iets wat breder speelt en waarvoor we een oplossing moeten vinden die rechtdoet aan alle rechten en belangen.
Op de absoluutheid van het medisch beroepsgeheim wil ik toch nog even doorgaan, omdat we daartegen in een heleboel zaken aanlopen. Kijk naar de verwarde personen. Daarover heb ik een debat gevoerd met de Kamer naar aanleiding van de commissie-Hoekstra. We proberen hierin samen te werken. De wijkagent, de sociale wijkteams, de ggz-behandelaren en de officier van justitie werken met elkaar samen om de vraag te beantwoorden: hoe kunnen wij dit beter doen dan we tot nu toe in een aantal gevallen hebben gedaan? Daarbij is het ook van belang dat je als behandelaar niet hoeft te vertellen wat iemands diagnose is om wél informatie te delen, ook ter bescherming van die persoon zelf en zijn omgeving. Je hebt dan wel uitwisseling in de veiligheidshuizen, waarin je beter met elkaar kunt bespreken wat nodig is aan opvang, ook voor de patiënt.

Ook bij nabestaanden van suïcide ligt echt een vraagstuk, want zij kunnen niet in het patiëntendossier kijken. Dit is dus niet absoluut. Of neem nabestaanden die zwaar het idee hebben dat er sprake is geweest van een medische misser. Zij hebben geen toestemming gevraagd, omdat zij bezig waren met hun geliefde die een medische behandeling onderging. Pas als zij alles tot hen laten doordringen, willen ze in het patiëntendossier bekijken of er sprake is van een medische misser.
Als de IGZ een kwaliteitsonderzoek doet bij huisartsen, ggz-psychologen of anderszins, heeft zij de bevoegdheid om in patiëntendossiers te kijken. Zij kijkt dan niet naar individuele patiënten, maar meer naar de beroepsbeoefenaar. Houdt die de patiëntendossiers wel goed bij? Wij constateren natuurlijk vaak dat daarin het een en ander mis is.
Er zijn dus allerlei zaken waarbij we eigenlijk uit het «in dubio»-rapport hebben geleerd dat we niet zozeer de wet hoeven aan te passen, maar we genuanceerd moeten kijken naar de toepassing van het medisch beroepsgeheim. In het ene geval zeg je: ja, hier moeten we keihard voor gaan staan; sorry, maar hier ligt de grens en daar komt u niet overheen. In een ander geval zeg je: moeten we hier niet genuanceerder naar kijken?
Ik ga meteen door met de vragen van de leden over het medisch beroepsgeheim.

De heer **Van Gerven** (SP): De Minister gooit nu wel heel veel zaken op een hoop. Artsen zijn geen politieagenten. Die kiezen er zelf ook niet voor om als een soort vraagbaak te dienen waaruit allerlei informatie geput kan worden. Het moet dus ontzettend helder zijn. Er kan ontzettend veel op dit moment met het medisch beroepsgeheim en het eventueel opheffen daarvan, als het gaat om een acute situatie van dreigend gevaar voor de persoon zelf of voor een ander. Dat is allang vastgelegd. Ik zou daarvan niet willen afwijken. De Minister heeft het over een medisch adviseur die onafhankelijk zou moeten kunnen oordelen, maar in een individuele situatie is toch volstrekt duidelijk hoe het precies zit? Ik begrijp dus niet goed hoe de Minister die link legt.

Minister **Schippers**: Zolang ik Minister ben, zie ik op twee terreinen steeds het medisch beroepsgeheim naar boven komen, waarop het soms kan knellen. Dat zijn andere terreinen dan ik net genoemd heb in deze commissie. Ten eerste is er Veiligheid en Justitie, dat zegt: wij lopen te vaak tegen een muur op ten aanzien van de absoluutheid van het medisch beroepsgeheim. Men vindt dat we daar anders tegen aan moeten kijken. Dan is de vraag of je dat in een wetsvoorstel moet gieten waarin je alles vastlegt. Eigenlijk zegt «In dubio» dat dit niet mogelijk is en dat we veel beter moeten bekijken hoe we kunnen toepassen wat al kan. Die route volgen wij nu. Wij passen toe wat al kan.
Ten tweede zijn er het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de Inspectie SZW, die ten aanzien van fraude hetzelfde verzoek hebben. Moet een patiënt weten dat wij in zijn dossier kijken? Dat is meteen een antwoord op de vraag van mevrouw Bouwmeester en mevrouw Bruins Slot. Als je vooraf toestemming gaat vragen, zul je een aantal zaken volstrekt missen. Dat ben ik met mevrouw Bruins Slot eens. Wij hebben een aantal zaken gehad, bijvoorbeeld ten aanzien van het pgb, waarin je dat niet moet hebben. De inspectie vraagt in elk geval ook steeds ruimte. Het is mijn taak om steeds de balans te zoeken tussen bescherming van het medisch beroepsgeheim en waarvoor dat bedoeld is, en het zoeken naar argumenten en redenen om op een andere manier checks te kunnen doen. En daarvoor hoef je helemaal niet meteen een dossier op te sturen. Ten aanzien van de materiële controle van zorgverzekeraars hebben we dat geregeld. Een zorgverzekeraar kan een check doen. Dat zit heel strikt in elkaar. Je hebt allerlei stappen en helemaal aan het eind, als je de informatie op andere wijze niet boven water hebt kunnen halen en je toch ernstige vermoedens hebt dat je ermee aan de slag moet, komt de stap

waarin je onder strikte condities door de medisch adviseur van de zorgverzekeraar in een dossier kunt laten kijken. Daarbij hoeft het overigens helemaal niet te gaan over heel grote dingen, want de vraag of je ergens bent geweest en een afspraak hebt gehad, valt ook onder het medisch beroepsgeheim. Als je bijvoorbeeld betalingen wilt controleren, zou je dat op die manier moeten doen.
Enerzijds ben ik het dus eens met de heer Van Gerven, die zegt dat er al zo veel kan. Maar passen we het goed toe? Ik denk het niet. Ik denk dat daarin veel aan het veranderen is. We doen ook allerlei trajecten samen met de artsenverenigingen om de kennis over het medisch beroepsgeheim te verbeteren, alsmede de toepassing, handreikingen, opleidingen et cetera. Anderzijds denk ik dat we in de praktijk beter werkzame modellen met elkaar moeten verkennen.

De heer **Van Gerven** (SP): De arts hoort geen rechercheur te zijn, dus die route van onafhankelijke medisch adviseurs is gewoon geen lekkere route. Artsen hebben een bepaalde eed gezworen, waarbij het medisch beroepsgeheim cruciaal is voor een arts-patiëntrelatie. Er zijn andere oplossingen die veel effectiever en reëler zijn. Ik heb in mijn betoog bijvoorbeeld gezegd dat je het stelsel moet vereenvoudigen. We hebben discussies gehad over het persoonsgebonden budget, over de upcoding en over allerlei situaties in ziekenhuizen. Die route is veel beter dan het medisch beroepsgeheim aan te tasten en artsen in een onmogelijke positie te brengen.

Minister **Schippers**: Je kunt zeggen dat er nooit een conflict van plichten is, maar in de praktijk blijkt dat wel het geval te zijn. Dat weten we en dat onderkennen we. We moeten bekijken hoe we dat zo goed mogelijk oplossen en in balans brengen. Ik zal de Kamer rapporteren als wij daar verder in zijn. Wij betrekken daar de KNMG nauw bij, omdat wij de positie van artsen daarin belangrijk vinden. Maar het is echt te gemakkelijk om te zeggen dat er nooit een conflict van plichten is. Dat is niet aan de orde. Het beeld, geschetst door mevrouw Voortman, dat het beroepsgeheim steeds meer onder druk komt te staan, deel ik dus niet. We zien namelijk ook dat mensen niet goed weten hoe ze precies met het medisch beroepsgeheim moeten omgaan, waardoor het soms ook rigide gebeurt. We hebben dat ook gezien in de zaak-Tristan in Alphen aan den Rijn. Daarover is toen een heel rapport verschenen, waaruit blijkt dat behandelaars soms ook door gebrek aan kennis dingen niet doen die ze eigenlijk wel zouden moeten doen. Het allerbelangrijkste in dezen is dus dat wij de kennis vergroten, dat we daarop samenwerken met de KNMG, die daar sinds dit traject natuurlijk ook allerlei activiteiten op heeft gedaan, en dat we in opleidingen aandacht moeten hebben voor het medisch beroepsgeheim. We moeten dus, zoals ook uit «in dubio» bleek, massaal inzetten op het traject van kennis en van helder hebben wat je wanneer kunt en moet. Dat doen we dus ook.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister zegt: je kunt niet zeggen dat het medisch beroepsgeheim onder druk komt te staan. Ik heb zelf echter het voorbeeld genoemd van het UWV. We zien gewoon dat er patiëntendossiers worden opgevraagd door mensen die helemaal geen recht hebben op inzage. Het is patiënten vaak niet duidelijk waaraan ze zelf moeten voldoen, of ze zijn bang dat ze in de problemen komen als ze hun dossier niet overleggen. Dan kun je toch niet volhouden dat het medisch beroepsgeheim niet onder druk staat?

Minister **Schippers**: Wat ik een betere omschrijving vind, is dat wij dilemma's hebben rond het medisch beroepsgeheim. Ik ben hierover al een paar keer in deze Kamer geweest. Ik geef toe, dat was in een andere commissie, namelijk de commissie voor Veiligheid en Justitie. Die

commissie zei mij: jullie frustreren met je medisch beroepsgeheim een heleboel dingen die we zouden moeten oplossen, bijvoorbeeld over verwarde personen. De commissie-Hoekstra was de Kamer in het algemeen vrij stevig: we moeten echt bekijken hoe we met het medisch beroepsgeheim kunnen werken en toch meer informatie kunnen uitwisselen over suïcides et cetera. Daarnaast hebben we natuurlijk dilemma's die de andere kant op hellen. Die noemt mevrouw Dijkstra. Ik denk dus dat we de dilemma's rond het medisch beroepsgeheim nooit helemaal zullen oplossen. We zullen ook altijd weer dingen identificeren waar we in de praktijk over moeten nadenken: hoe kunnen we dat beter doen? Dat ben ik met mevrouw Dijkstra eens, maar het gaat niet één kant op.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Maar het medisch beroepsgeheim – de term zegt het al – ligt bij de medisch zorgverleners. We hebben het ook over BIG-registraties. Het kan toch niet zo zijn dat mensen die dat beroep niet uitoefenen, zomaar inzicht kunnen vragen in een dossier als er geen zwaarwegende redenen zijn? De Minister heeft al aangegeven dat er situaties zijn waarin het beroepsgeheim kan worden doorbroken, maar dat zijn echt zwaarwegende situaties. Dat is niet het geval bij gemeenteambtenaren of ambtenaren van een uitkeringsinstantie die informatie willen.

Minister **Schippers**: Nee, dat is weer iets anders. Een medisch beroepsbeoefenaar moet wel weten hoe te handelen, maar bij vermoedens van fraude of anderszins kan er aanleiding zijn om in een medisch dossier te kijken. Dat moet dan natuurlijk wel door een medisch adviseur gebeuren, die dan bijvoorbeeld aan de rechtbank bepaalde informatie doorgeeft. Bij materiële controles ten aanzien van een vermoeden van fraude moeten er heel veel stappen zijn genomen voordat een medisch adviseur dat mag doen. Er is een hele opsomming gedaan van gemeenten en UWV. Het is niet zo dat een gemeenteambtenaar zomaar in een medisch dossier mag kijken. Dat is totaal tegen het beroepsgeheim in. Wij hebben de verzekeringsartsen ook heel duidelijk een andere positie gegeven dan bijvoorbeeld de huisarts. Daartussen zit een verschil dat wij daadwerkelijk toepassen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De dilemma's zijn duidelijk. Soms is het overduidelijk dat er inzage is en heel vaak wil je het niet. Voor de patiënt is dat overzicht er echter niet. Steeds meer mensen proberen toch even je dossier op te vragen, zoals hypotheekadviseurs. Dan denk je: ik wil dat huis hebben, dus ik geef het maar. Dat is dus een probleem voor de patiënt. Nou hebben we in andere vormen van het recht de cautie geregeld. Als jou iets juridisch wordt gevraagd, wordt er ook gezegd wat je rechten zijn. Als de Minister toch intern bekijkt hoe we dit kunnen verbeteren, is het dan een idee om te bekijken hoe we een vorm van cautie kunnen opnemen voor een patiënt? Als iemand, bijvoorbeeld een hypotheekadviseur, om zijn medisch dossier vraagt maar erbij zegt dat je niet verplicht bent om het te geven, weet de patiënt van tevoren wat zijn rechten zijn. Vervolgens gaat hij het traject in. Wil de Minister dit daarin meenemen?

Minister **Schippers**: Ja. Wij moeten in het hele traject waarin wij proberen meer kennis over en een betere toepassing van het medisch beroepsgeheim te krijgen, de schakel van de patiënt niet overslaan. We moeten dus ook bekijken hoe de patiënt betere kennis kan krijgen van het medisch beroepsgeheim. Ik zeg dus toe dat ik zal bekijken hoe we de patiënt beter kunnen meenemen in het traject dat toch al loopt ten aanzien van de opleidingen en het beter toepassen van kennis.
Mevrouw Dijkstra heeft tijdens de begrotingsbehandeling gevraagd hoe het precies zit met het medisch beroepsgeheim ten aanzien van de materiële controle. Ik vind het belangrijk dat we daar heel precies mee

omgaan. Mevrouw Bruins Slot heeft dat heel goed verwoord. Het is niet zomaar iets wat je doet. Het is een stappenplan, dat uitgevoerd wordt onder een toezichthouder. In de brief zal ik ook de IGZ meenemen. Dat betekent wel dat de Kamer die brief iets later krijgt. De IGZ kan namelijk ook in dossiers kijken. Zij kijkt alleen anders. Zij kijkt niet met het oog van de patiënt, want dat interesseert de IGZ niet. Zij bekijkt hoe het bijvoorbeeld gesteld is met het opstellen van de medische dossiers. Hoe doen artsen dat? Er zijn veel berichten dat artsen slordig zijn in het opschrijven van bepaalde calamiteiten in medische dossiers of anderszins. De inspectie wil toezicht houden op wat er gebeurt met medische dossiers. Dan moet zij dus wel kunnen bekijken hoe de arts dat doet. Ik zeg toe dat ik dat meeneem in de brief. Als we die toch uitbreiden, zeg ik tegelijkertijd toe dat ik het UWV en de gemeenten eraan toevoeg. Het is een totaal misverstand dat een gemeenteambtenaar zomaar in een medisch dossier kan kijken. Die kan daar niet in.
Ten aanzien van het UWV zijn er weer andere regels, want dat moet toestemming vragen. Een verzekeringsarts heeft zelf ook een beroepsgeheim. Die maakt zijn eigen dossier. Op al die terreinen met al die verschillende actoren zit dat dus weer anders. Die terreinen zal ik uitschrijven in de brief.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Als ik het goed begrepen heb, heeft de Minister net toegezegd dat zij in het traject dat nu loopt met patiënten en patiëntenkoepels, gaat bekijken hoe we ervoor kunnen zorgen dat een patiënt voordat hij zijn dossier afgeeft, actief gewezen wordt op zijn eventuele verplichtingen en zijn opties daarin. Ik wil een bevestiging dat de Minister dat toezegt, ook omdat er nergens een overzicht is van hoe vaak de materiële controle plaatsvindt. Daarbij gaat het dus om de vraag hoeveel zorgverzekeraars in hoeveel dossiers hebben gekeken en met welk effect. Aangezien dat niet bekend is, vraag ik mij af in hoeverre dat toezicht op orde is. In die context wilde ik deze vraag nog een keer stellen.

Minister **Schippers**: Het eerste gaat over het traject van het medisch beroepsgeheim: wat zijn je rechten en je plichten of wat moet je wel en wat mag je niet? Op dat punt hebben we een heel traject ingezet naar aanleiding van het rapport Medisch beroepsgeheim in dubio. De KNMG en de artsenverenigingen doen op dat punt heel veel. Zij hebben een handreiking opgesteld en gaan die nu ook in opleidingen implementeren, zodat we ook de patiënten meenemen op het punt van het medisch beroepsgeheim en de rechten en de plichten van de artsen. De patiënt wordt daarmee dus meegenomen in wat hij wel en niet hoeft en mag en waarop hij kan rekenen. In overleg met de NPCF zal ik bespreken hoe we dit het beste kunnen oppakken.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De Minister zegt dat ze in het traject ook duidelijk wil maken dat binnen de huidige wettelijke kaders meer mogelijk is dan veel betrokkenen nu denken. Tegelijkertijd laat de praktijk zien dat er dingen gebeuren die juist niet mogelijk zouden moeten zijn. Komende zondag komt in de uitzending van Monitor iemand aan het woord die een e-mail van de gemeente kreeg met twee medische dossiers van kinderen die die persoon niet kende. Dat laat zien dat er ook zaken gebeuren waarbij het medisch beroepsgeheim juist niet goed wordt toegepast. Als de Minister aan de slag gaat met dit traject, gaat zij dan heel zorgvuldig kijken naar beide kanten van het verhaal?

Minister **Schippers**: Het is helder dat dat echt niet mag. Je kunt natuurlijk 100 regels maken, maar de 101ste regel zal nog niet voorkomen dat iets wat echt niet mag, niet gebeurt. Je moet dus in eerste instantie beginnen bij de bron, zodat mensen beter weten wat wel mag en wat niet mag, meer kennis hebben en een betere opleiding hebben. Dan weten ze waar

die grenzen liggen. We hebben natuurlijk een toezichthouder op de privacy, die in dat soort zaken moet optreden als er dingen gebeuren die niet mogen. Dat is ook heel helder. Ik denk dat we in de wet heel goed hebben geregeld dat dit soort dingen – het zomaar opsturen van dossiers van kinderen aan niet-bevoegden – absoluut niet mag. We hebben dat geregeld in de Wet BIG, het Burgerlijk Wetboek, de Wet bescherming persoonsgegevens en de Jeugdwet. In verschillende wetten is dus vastgelegd dat dit niet mag. Daar is één uitzondering op: een gemeente kan de jeugdhulp zo hebben georganiseerd dat zij professionele hulpverleners in dienst heeft, bijvoorbeeld een jeugdarts die als ambtenaar in dienst is bij de GGD. Dan heeft hij natuurlijk niet als ambtenaar toegang tot het jeugddossier, maar als arts. Dit mag dus niet en dat is in verschillende wetten geregeld. Dan is het een kwestie van goed erop toezien dat dit niet gebeurt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dit vind ik toch wat vreemd, want het dossier is van de patiënt én van zijn arts. Dan is het niet zo dat iedere andere arts daarin mag kijken. Dat geldt ook voor een arts die toevallig ook ambtenaar is bij de gemeente. Ik wil de Minister dus toch vragen of zij onderschrijft dat het medisch beroepsgeheim iets is van de arts zelf en niet een gunst die je als overheid aan de arts geeft.

Minister **Schippers**: Nee, het patiëntendossier is van de patiënt. Daar hebben wij al jaren discussies over gehad. De zorgverleners zeiden dat het dossier van de zorgverleners was, maar nee, het is van de patiënt. Dat is heel helder. Niet iedere arts mag zomaar in een dossier kijken. Dat hebben we hartstikke duidelijk geregeld. Alleen als je betrokken bent bij de behandeling, mag je in een dossier kijken. Ik zeg het nu even niet met alle mitsen en maren en met «sub a tot en met f», maar het is wel zo dat niet iedere arts zomaar in ieders dossier mag kijken. Dat is allemaal goed geregeld. Dat wil niet zeggen – daar wijst u op – dat het altijd goed gaat. Daar moeten we dus iets aan doen. Dat is geen kwestie van allerlei extra wetten maken. We moeten ervoor zorgen dat het in de praktijk wel goed gaat. De regels kloppen, maar blijkbaar is deze kennis nog niet overal even goed. We hebben ook voorbeelden waarin dit misgaat. Daarom moeten we de kennis vergroten en de toezichthouders moeten hierop toezien. Alle vragen van mevrouw Voortman over het wetsvoorstel dat niet komt, sla ik over, want dat komt dus niet.
Ik kom bij de vragen van mevrouw Klever. Ik heb in onze inbreng in de schriftelijke voorbereiding aangegeven dat er in de wet een verschil is tussen restitutiepolissen en naturapolissen dat ik niet kan verklaren. Waarom zou je iets wel kunnen controleren bij naturapolissen en niet bij restitutiepolissen? Dat verschil wil ik opheffen. Mevrouw Klever stelde ook een aantal onderliggende vragen. Hoe vaak gebeurt dit en welke financiële zaken spelen hierbij? Ik zal bij de toezichthouders en bij Zorgverzekeraars Nederland navragen of daarover informatie boven tafel te halen is en hoe dit tot nu toe in de praktijk gaat. Dit is immers de negende stap; het kan ook de achtste stap zijn, maar dit zit in ieder geval aan het eind van de rit. Ik hoop dus dat dit niet heel vaak ingezet hoeft te worden, omdat je de informatie al eerder boven tafel hebt. Ik zal echter mijn best doen en ik zal bekijken of ik hier een overzicht van kan maken.

Mevrouw **Klever** (PVV): Dank voor deze toezegging. Het is natuurlijk logisch dat ik dan vraag of dat overzicht vóór de wetsbehandeling naar de Kamer kan komen. Dat overzicht moet te produceren zijn, want het protocol schrijft voor dat dit gedocumenteerd moet worden. Ik wil natuurlijk ook graag weten wat dit heeft opgeleverd. De Minister zei dat zij het verschil tussen de restitutiepolissen en de naturapolissen niet kan verklaren. Hoelang bestaat dat verschil dan al en zijn zorgverzekeraars daar nooit eerder tegenaan gelopen?

Minister **Schippers**: Nee, dat verschil is er altijd al geweest. Dat komt omdat restitutiepolissen van oudsher anders in elkaar zitten. Eigenlijk krijg je dan de rekening van de aanbieder en betaal je die zelf. De gezagsverhouding ligt daarbij dus anders, maar in de praktijk doen heel veel restitutieverzekeraars dit niet zo, want dan moet de verzekerde soms een heel hoge rekening voorschieten om dat bedrag vervolgens weer op zijn rekening gestort te krijgen. Ook heel veel restitutieverzekeraars betalen daarom direct aan de aanbieder. Dat verschil is dus minder groot dan vroeger. We hadden vroeger restitutieverzekeraars en naturaverzekeraars, maar je ziet dat er steeds meer mixen komen waarbij dat onderscheid minder duidelijk is. Een combipolis is natuurlijk al gedeeltelijk een restitutiepolis en gedeeltelijk een naturapolis, maar je ziet ook dat het steeds minder gebeurt dat een patiënt de rekening moet voorschieten. Vroeger ging je met een restitutiepolis echt zelf een relatie aan met je aanbieder en stond de verzekeraar daar eigenlijk buiten, want die vergoedde alleen de kosten. Doordat de aanbieders steeds vaker direct door de verzekeraars worden betaald, zijn die relaties steeds meer gaan lijken op de relaties bij een naturapolis, waardoor dit onderscheid in de wet eigenlijk heel gek is geworden, want wie controleert er dan? Als je als patiënt zelf moet betalen, heb je de neiging om beter te controleren. Die neiging heb je niet meer als de verzekeraar buiten jou om gaat betalen. Dan gaan die controles anders. Daarom wordt die omissie rechtgetrokken, maar dat is niet een fundamentele wijziging.

Mevrouw **Klever** (PVV): Dat is duidelijk. Dan wacht ik alleen nog op de financiële onderbouwing met betrekking tot de detailcontroles.

Minister **Schippers**: Kan het inzagerecht voor een nabestaande bijvoorbeeld bij het overlijden van een cliënt in een ggz-instelling worden aangepast? Er is op dit moment geen regel die nabestaanden automatisch recht geeft op inzage van een dossier. Ik heb de Tweede Kamer wel toegezegd om het inzagerecht te verruimen. Dat hebben mevrouw Klever en ik meerdere malen gewisseld, want mevrouw Klever vond dit met betrekking tot de Wkkgz en ik met betrekking tot de WGBO. Misschien herinnert zij zich dat nog. Wij zijn de WGBO op dit punt aan het aanpassen, in die zin dat bij een calamiteit of bij geweld met dodelijke afloop in de zorgrelatie automatisch inzagerecht bestaat. Dat wetsvoorstel zijn we aan het maken en dat komt te zijner tijd vanzelf naar de Kamer toe. Mevrouw Bruins Slot en mevrouw Dijkstra vroegen of aan een patiënt kan worden gemeld dat er inzage is geweest in een materiële controle. Ik wil dat wel onderzoeken, maar ik kan dat nog niet toezeggen. Ik voel niet veel voor een melding vooraf. Je doet dit pas als je echt aanwijzingen hebt van fraude. Als je dit vooraf doet, is het mogelijk dat een patiënt gemene zaak heeft gemaakt met zijn zorgverlener en dan kom je natuurlijk als mosterd na de maaltijd. Dat lijkt mij dus geen goed plan. Mevrouw Bruins Slot vroeg of dit wel achteraf kan. Dat wil ik nagaan: wat zijn daar de voor- en nadelen van? Ik zou ook de patiëntenvertegenwoordigers daarover willen horen, want je maakt mensen ook ongerust. Misschien lopen zij al bij een ggz-instelling, zijn zij paranoia en krijgen zij ineens zulke berichten. Dan weten zij niet precies wat zij daarmee moeten doen. Ik wil weten wat de impact van zo'n melding zou zijn. Ik wil dus wel onderzoeken of dit een goed idee is. Ik onderzoek het idee van een melding achteraf, zoals mevrouw Bruins Slot vroeg.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Mijn vraag was: gedurende het proces. Dat betekent dus niet per definitie achteraf, maar ik snap wel dat de Minister dit heel zorgvuldig wil bezien. Ik verwachtte nu ook niet direct een ja of nee op die vraag, maar ik zou het fijn vinden als de Minister ervoor openstaat om ook de mogelijkheid te onderzoeken van melding

gedurende het proces en om niet alleen naar melding achteraf te kijken, dus om die afweging echt breed te doen.

Minister **Schippers**: Dat zal ik doen. Ik wil daarbij met name de impact die dit kan hebben op patiënten die zich een hoedje schrikken, expliciet meenemen, maar ik zal dit uitzetten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat lijkt mij prima, maar het lijkt mij goed om dat soort dingen altijd vanuit verschillende invalshoeken te bekijken. De vraag is alleen wanneer de Minister hier meer duidelijkheid over kan geven.

Minister **Schippers**: Ik zal even moeten bekijken hoe ingewikkeld het is om dit te onderzoeken en of we dat zelf doen of door iemand anders laten doen. Daar zullen we even naar moeten kijken, maar ik zeg u toe dat ik in een verzamelbrief laat weten hoe we dit in elkaar gaan zetten. Dan kan ik daar ook de duur aan koppelen. Dat laat ik u dus in een verzamelbrief weten. Ik weet niet of het is opgevallen, maar wij proberen één keer per maand een verzamelbrief te sturen. Dat lukt nog niet helemaal. We komen wat stotterend op gang, maar ik probeer dit soort dingen één keer in de maand naar de Kamer te sturen, want anders komt het na drie maanden en dan denkt de Kamer: waar ging dit ook alweer over? Ik probeer de Kamer echt één keer per maand een updatebrief te sturen met allerlei dingen erin. In de eerstvolgende verzamelbrief zal ik op dit punt dus een update geven: hoe wil ik dit aanpakken en wanneer zal ik daarmee komen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat wordt dan de «decemberbrief».

Minister **Schippers**: Ja, de «decemberbrief», de «kerstbrief».
Ten aanzien van de materiële controle is de ggz in dit verband niet anders dan andere zorg. Ook daar vinden dus weleens materiële controles plaats. Misbruik van titulatuur is een heel lastige kwestie, want alles wat je vastlegt ...

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik merk dat de Minister overgaat naar de Wet BIG. Ik heb een vraag gesteld. Misschien was het antwoord dat de Minister zojuist gaf, ook een beetje in mijn richting, maar dat vraag ik mij af. Ik heb gezegd dat het medisch beroepsgeheim een duidelijke grens kent: als ernstige schade kan worden voorkomen, mag het beroepsgeheim worden doorbroken. Ik heb echter ook gevraagd hoe helder die grens is bij het achterhalen van misdrijven. Is die grens dan net zo duidelijk? Weten we precies wanneer het medisch beroepsgeheim dan mag worden doorbroken als je aan waarheidsvinding gaat doen?

Minister **Schippers**: Sorry, kan mevrouw Dijkstra dat even verhelderen?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Als een zorgprofessional in de ggz te maken krijgt met een verwarde patiënt en ernstige vermoedens heeft dat er heel ernstige schade kan ontstaan voor die patiënt zelf of voor anderen, kan hij het medisch beroepsgeheim doorbreken en instanties waarschuwen. Maar als er iets is gebeurd – zie Alphen – en als je achteraf wilt weten hoe dat is verlopen, is er dan een heel duidelijke grens aan te geven waarbij het medisch beroepsgeheim mag worden doorbroken of juist niet, net als bij het voorkómen van zoiets? Of is dat nog steeds onduidelijk?

Minister **Schippers**: Waarheidsvinding gaat niet voor het medisch beroepsgeheim.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Oké, dat lijkt mij een heel duidelijke grens, maar die grens bleek niet zo duidelijk te zijn. Dat is in zaken die tot nu toe zijn gebeurd, steeds aan de orde geweest. Ik refereer ook even aan de commissie-Hoekstra.

Minister **Schippers**: Ik denk dat er wel heldere grenzen zijn in specifieke gevallen, maar er zijn altijd dilemma's waardoor je het een of het ander kunt beslissen. Dat is – als we het over de commissie-Hoekstra hebben – bij verwarde personen natuurlijk wel degelijk aan de orde. In de door de commissie-Hoekstra beschreven casus van Bart van U. maakte een wijkagent zich grote zorgen over een patiënt die in zijn wijk woonde. Dan zie je heel duidelijk de dilemma's die daarbij hebben gespeeld. Ondanks alle fouten die evident zijn gemaakt, moet je eigenlijk tot de conclusie komen dat we ook ten aanzien van het medisch beroepsgeheim moeten bekijken hoe we, ook in het belang van de patiënt zelf, informatie kunnen delen zonder dat we meer informatie delen dan nodig is.
De bekwaamheidseisen worden natuurlijk door de beroepsgroepen zelf opgesteld, dus niet door mij. Medisch specialisten hebben ook een eigen kwaliteitskader waarin eisen zijn vastgelegd en waarop de herregistratie van specialisten is gebaseerd. De inspectie toetst zowel op de bevoegdheid als op de bekwaamheid. Bij misbruik kan een tuchtzaak of strafzaak worden opgestart. Om het maar even huiselijk te zeggen naar aanleiding van wat ik op teletekst las: de heer Van Gerven kan als huisarts geen openhartoperatie doen. Sterker nog: als de heer Van Gerven voor zijn herregistratie niet voldoende punten haalt en niet voldoende nascholing heeft gedaan, kan hij straks ook zijn werk als huisarts niet meer doen. We zijn op dat terrein immers echt het een en ander aan het aanscherpen ten opzichte van het verleden.
Er is gevraagd naar de titulatuur. Dat is natuurlijk een heel lastige kwestie, want we kennen allemaal de natuurgeneesheer. Je kunt natuurlijk zeggen dat we in de ggz een geneesheer-directeur kennen; dat is echt een positie die we hebben vastgelegd. Ook «arts» is echt vastgelegd, maar met «therapeut» kun je allerlei kanten op. Als je dat vastlegt, gaan degenen die zich willen benoemen, natuurlijk op zoek naar een naam die nog niet is vastgelegd. Dit is dus heel lastig te vangen. Een natuurarts kan zich alleen natuurarts noemen als hij arts is; anders kan dat niet. Met «natuurarts» geeft hij echter natuurlijk ook aan dat hij voor een deel niet-reguliere of alternatieve zorg geeft. Je hebt ook de CAM-artsen. Zij geven daarmee aan dat zij geen reguliere artsen zijn, maar daar ook iets naast doen. Of zij bij hun herregistratie last krijgen, hangt natuurlijk af van de verhouding tussen de dingen zij in hun praktijk doen. Als zij 90% natuurgeneeskunde doen en 10% huisartszorg, krijgen zij daar op een gegeven moment natuurlijk last van bij de herregistratie.
Wij hebben met elkaar afgesproken dat de overheid niet zegt waar je je hulp kunt zoeken. De overheid vindt het wel belangrijk dat dit heel duidelijk is en dat degene die jou hulp geeft, jou heel helder aangeeft dat jij voor een knobbeltje in je borst ook naar de reguliere zorg moet gaan om te laten bekijken of dat iets is. Dat hebben we met elkaar afgesproken, maar als iemand baat denkt te hebben bij handoplegging, waarvan het nut niet wetenschappelijk bewezen is, verbieden we dat in Nederland niet. Dat mag dus wel. Hier zitten dus allerlei zeer lastige zaken aan vast.
Met betrekking tot een cosmetische arts is «cosmetisch» niet beschermd, maar «arts» wel. Met wijzigingen in de Wet BIG gaan wij verduidelijken dat voorbehouden handelingen met een cosmetisch doel alleen door bevoegde zorgverleners zelfstandig uitgevoerd mogen worden. Dat is de eerste tranche die wij gaan doen. Het grote voordeel is dat we, nadat we van de hele cosmetische sector eerst hadden gezegd dat we alles erbuiten houden wat niet medisch noodzakelijk is, die sector nu evident en expliciet erin trekken. Met de Wkkgz wordt de reikwijdte van het begrip «zorg» dus verruimd, want ook «cosmetisch» valt daaronder. De Neder-

landse Stichting Esthetische Geneeskunde werkt aan kwaliteitsnormen voor de sector. Daarmee gaat uiteindelijk die hele cyclus van start, waarvan terecht is gezegd dat we die ook bij kindercardiologen hebben. Het kan zijn dat mensen zich «kindercardioloog» noemen, maar als dat zij dat niet zijn, is dat illegaal. Je kunt je in Nederland dus niet zomaar «kindercardioloog» noemen. Daarvoor moet je eerst cardioloog zijn en je moet bovendien de specialisatie hebben gevolgd. Dan pas mag je je «kindercardioloog» noemen. Dat is dus echt van een andere orde dan de therapeutentitel of de titel «natuurlijk alternatief geneesheer». Specialistische titels en opleidingen zijn bij wet beschermd. Deskundigheidsgebieden van alle BIG-beroepen worden in lagere regelgeving vastgelegd. Dat wordt natuurlijk in nauwe samenwerking met de beroepsgroep gedaan. Eind 2016 zullen we de aanscherpingen waarvan we al met elkaar gewisseld hebben dat die nodig zijn, naar de Kamer sturen. De inspectie handhaaft daar ook op.
Hoe weet een patiënt dat iemand met een witte jas bevoegd is? We willen natuurlijk sowieso het BIG-registratienummer invoeren, zodat er in de communicatie een nummer komt waarmee je je arts veel gemakkelijker terug kunt vinden: heeft hij een berisping, een boete of een gedeeltelijk beroepsverbod gekregen? Dat is natuurlijk al in het BIG-register te vinden, maar daarvoor moet je nu de naam intypen. Dokter Jansen in Amsterdam is dan lastiger te vinden dan andere dokters. Als het gebruik van dat nummer gangbaar en ingevoerd is en als het nummer ook op websites, naambordjes et cetera wordt vermeld, zal dat het dus veel gemakkelijker maken om als patiënt zaken te vinden. Dat loopt mee in de eerste tranche van de wetgeving, die wij na afronding van het traject van de Raad van State naar de Kamer zullen sturen. De internetconsultatie is achter de rug. Daaruit halen we suggesties voor de toepassing van het BIG-nummer. Die nemen we nu daadwerkelijk mee met de wetswijziging. Daarmee heb ik dit onderwerp afgerond.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik ga waarschijnlijk geen openhartoperaties uitvoeren, maar ik haalde dit als theoretisch voorbeeld aan. Als een arts zich daartoe bevoegd en bekwaam acht, zou hij dat kunnen doen. Dat heb ik in het extreme geponeerd. Vanuit de realiteit noem ik het voorbeeld van de borstendokter in Den Haag. Dat was een gynaecoloog die zijn gynaecologische vak niet meer uitoefende, maar die borsten ging opereren en gelaatscorrecties ging doen. Dat mocht, want hij achtte zich daartoe bevoegd en bekwaam. Gaat de Minister dat soort dingen onmogelijk maken in de wetgeving die haar voor ogen staat, bijvoorbeeld door aan te scherpen wat een specialist precies mag doen en wie welk specialisme mag doen?

Minister **Schippers**: Een gynaecoloog mocht al geen borstoperaties doen. Je mag iemand geen schade toebrengen. Ik vind mijzelf tot een heleboel dingen bevoegd en bekwaam, maar als een ander dat niet vindt, heb ik toch een probleem. We hebben met elkaar dingen afgeregeld. Het enige wat ik wil, is dit verscherpen, met name ten aanzien van de cosmetische zorg. Eigenlijk hebben we altijd gezegd dat dat geen reguliere zorg is en dat dat niet medisch noodzakelijk is. We hebben dat er een beetje buiten gelaten. Met de Wkkgz hebben we op dat punt een grote stap gemaakt, waarmee de inspectie op dat terrein meer bevoegdheden heeft gekregen. Ten aanzien van medische handelingen had de inspectie natuurlijk al een bevoegdheid, maar zij heeft meer bevoegdheden gekregen. Bij de titel «cosmetisch arts» zit nog een punt. We zien dat de beroepsvereniging zelf, net als bij andere specialistenopleidingen is gebeurd, bezig is met het beschermen van de specialistentitels en opleidingen. Als iemand cardioloog is, moet hij echt cardioloog zijn, want anders mag hij die titel niet voeren. Dat is bij cosmetische artsen veel onduidelijker geweest. Daar gaan we het been dus bijtrekken: de Wkkgz is

gelukkig door de Kamers aangenomen, de Wet BIG wordt op dit punt aangescherpt en de sector sluit dit nog strakker kort door vast te leggen wat er nodig is om je zo te mogen noemen.

De heer **Van Gerven** (SP): Is het volgens de Minister niet meer mogelijk dat een gynaecoloog heden ten dage in een privékliniek borstvergrotingen toepast? Mijn tweede vraag was of de Minister bereid is om nog duidelijker aan te scherpen wat welke specialist nu precies mag doen. Volgens mij zijn gevallen zoals het geval dat enkele jaren geleden in Den Haag speelde, immers niet definitief opgelost. Of is dat wel zo?

Minister **Schippers**: Het gaat hier om een bekwaamheid en je bent als gynaecoloog niet bekwaam om die operatie te doen. Het mag dus niet. De inspectie houdt daar toezicht op. Als dat gebeurt, moet die persoon opgepakt worden en moeten we de stappen nemen die wij daarvoor hebben: dan moet die persoon voor een tuchtrechter gesleept worden, want hij doet dan iets waartoe hij niet bekwaam is. Als je niet bekwaam bent, mag je dat niet doen. Het punt is dat er verschillen zijn. Wij hebben ten aanzien van de cosmetische sector een achterstand in te halen. Dat is niet nieuw. Dat hebben we een paar jaar geleden met elkaar geconstateerd. Daar heb ik een hele nota ten aanzien van de cosmetische sector over geschreven en daar hebben we de Wkkgz voor ingediend, omdat op onderdelen aanpassingen nodig waren. Het is al helder, want de inspectie kan al optreden, maar wij zullen dit nog strikter meenemen in de volgende wetswijziging. Dat doen we niet voor niets. Dat doen we omdat we vinden dat dit volstrekt helder moet zijn, maar het is niet zo dat dit nu nog zo zou kunnen.
Wat is de status van het IGZ-rapport bij de tuchtrechter? Het rapport kan door beide partijen worden ingebracht als processtuk om een stelling te ondersteunen. De tuchtrechter weegt dit onafhankelijk en doet een uitspraak. Tegen die uitspraak, dus tegen die beslissing van het tuchtcollege, kan cassatie worden aangevraagd. Het is dus niet zo dat het IGZ-rapport een aparte status heeft. Een IGZ-rapport kan immers weleens helemaal niets van doen hebben met de zaak die op dat moment aan de tuchtrechter is. Als wij de tuchtrechters verplichten om altijd op een ingebracht IGZ-rapport in te gaan, is dat een bureaucratische stap die eigenlijk zonde van de tijd is, want dan moeten de tuchtrechters steeds die rapporten becommentariëren. Beide partijen kunnen een IGZ-rapport inbrengen en de tuchtrechter weegt dat vanuit zijn onafhankelijke positie.
Met betrekking tot de motie-Bruins Slot/Bouwmeester (29 282, nr. 222) over de mogelijkheid van een strafrechtelijk algeheel beroepsverbod in de zorg heb ik al aangegeven dat dit bij de eerste tranche van de wetswijziging zit. Die wetswijziging is al uit de consultatie en is nu op weg naar de Raad van State. De consultatie heeft dus al plaatsgevonden.
De PVV vindt dat zedendelicten alleen onder het strafrecht moeten vallen. Het gaat om ernstige situaties. Dat rechtvaardigt eigenlijk dat zowel de tuchtrechter als de strafrechter deze mogelijkheid krijgt. Het is niet zo dat zij dit moeten doen, maar zij krijgen de mogelijkheid om op dit punt te handelen. Dit sluit ook aan bij het doel van het tuchtrecht. Het tuchtrecht is van belang voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de daarmee samenhangende patiëntveiligheid en het vertrouwen in de beroepsuitoefening. Je kunt je dus voorstellen dat je ook in die context wilt dat de tuchtrechter die uitspraken juist wél kan doen. Het is niet zo dat de strafrechter dat dan niet meer doet; je geeft een extra mogelijkheid.

Mevrouw **Klever** (PVV): Mijn zorg is dat als de tuchtrechter de zaak helemaal behandelt, ernstige zaken niet meer voor de strafrechter komen. Dat moeten we natuurlijk niet willen, want dan wordt zo'n arts niet meer bestraft. Daar zat mijn zorg in. Kan de Minister daarop ingaan?

Minister **Schippers**: Ik moest het even checken, want ik wil niets verkeerd zeggen. Het was mij wel helder dat het parallel kan en dat het dus allebei kan, maar het is ook zo dat je na de tuchtrechter alsnog naar de strafrechter kunt gaan. Er wordt dus niet gezegd: nee, u bent al bij de tuchtrechter geweest. Ik neem aan dat de strafrechter dit wel zal meenemen in zijn beoordeling, maar het is niet zo dat als je het ene hebt gedaan, het andere niet meer kan.

Mevrouw **Klever** (PVV): Oké, er wordt dus uitdrukkelijk geen route afgesneden en het is dus niet zo dat, als de tuchtrechter eraan te pas komt, de strafrechter er niet meer aan te pas kan komen. Dat is uitdrukkelijk niet het geval.

Minister **Schippers**: Nee.
Met betrekking tot de klachtenfunctionaris is de suggestie om een richtlijn te ontwikkelen voor het afbakenen van samenwerkingsverbanden bij de meest voorkomende aandoeningen, een goede suggestie van mevrouw Klever.
Ten aanzien van het griffierecht is de positie die wij innemen in het tuchtrecht, niet anders dan in allerlei andere vergelijkbare situaties met betrekking tot advocaten, gerechtsdeurwaarders en notarissen. Bij onze tuchtrechtaanpassing op het terrein van de zorg hebben wij dus geen andere positie ingenomen dan op die terreinen. Wij zorgen er met de klachtfunctionaris voor dat er een betere dienstverlening komt, zodat iemand die helemaal niet weet hoe je zoiets aanpakt, niet zelf een klacht hoeft te formuleren. Anders zou de klacht bijvoorbeeld misschien over de verkeerde zorgverlener gaan, waardoor een «van het kastje naar de muur»-achtige situatie zou ontstaan. Voor deze facilitering van het indienen van een klacht willen wij geen kosten vragen. Er wordt wel een laag bedrag gevraagd om het hele proces te starten. Dat doen we om te voorkomen dat iedereen te gemakkelijk zoiets doet. Dat is niet bijzonder en ik vind dit in balans, omdat hiermee wel weer een extra dienst in het leven wordt geroepen. Daardoor wordt er ook voor gezorgd dat de tuchtcolleges niet totaal vastlopen met allerlei zaken, maar dat zij zich bezighouden met de zwaardere klachten. Daar is het tuchtrecht voor bedoeld. De nuancering is dat bij gegronde klachten het griffierecht wordt terugbetaald aan de klager. Wij komen hier bij de behandeling van het wetsvoorstel vast nog over te spreken.
Ik heb zojuist aangegeven dat het nummer enorm gaat helpen bij het vergroten van de vindbaarheid van de arts. Mevrouw Bouwmeester vroeg ook of de tuchtrechtelijke uitspraken, de oordelen van de IGZ en de uitspraken van het College van Medisch Toezicht inmiddels zijn gebundeld om het lerend effect te vergroten. De tuchtrechtelijke uitspraken en de CMT-uitspraken zijn gebundeld op tuchtrecht.nl., de bevelen van de inspectie op igz.nl. en de strafrechtuitspraken op rechtspraak.nl. Beroepsorganisaties informeren beroepsbeoefenaren over de uitspraken en de rode draad. Zij doen dit onder andere via hun website, via vakbladen, via congressen en via cursussen. De beroepsgroepen kunnen het best selecteren en uitleggen wat de verbindende schakels zijn tussen de beroepsgroep en de uitspraken die op verschillende terreinen worden gedaan. Die rol vervullen zij ook.
De taakherschikking is een heel belangrijk proces waarmee we de juiste persoon op de juiste plaats willen hebben. Dat proces is goed op gang gekomen. Ik ben ook heel blij met de evaluatie die daarvan is gekomen, want die geeft beide beroepsgroepen een steuntje in de rug op deze weg. De inzet van nieuwe beroepen zoals de physician assistant – dat is wel nog steeds een vreselijke naam – en de verpleegkundig specialist past daar heel goed in. De zorg blijkt hierdoor ook doelmatiger en effectiever te worden. Dat is natuurlijk een heel mooie combinatie. Het allerbelangrijkste is dat de patiënttevredenheid enorm hoog blijkt te zijn. Dit is dus

echt heel succesvol. De wachttijden zijn korter, de patiënten voelen zich prima geholpen en de kwaliteit van de zorg wordt beter. Het gaat er dus echt om dat we de juiste persoon op de juiste plek hebben.
Ook aan de titel «bachelor medisch hulpverlener» kunnen we nog wel iets doen om helderder te maken waarvoor we iemand opleiden. Deze opleiding is een oplossing voor de bestaande lacune in het medisch ondersteunend domein. Met de bachelor medisch hulpverlener leiden we echt breder op, zodat de hulpverleners breder inzetbaar zijn en generalistisch ingezet kunnen worden. Door die bredere opleiding wordt ook de bestaande gefragmenteerde beroepenstructuur in het medisch ondersteunend domein geharmoniseerd.
We gaan hiermee een experimenteerfase in om te bekijken of dit goed past, of dit goed functioneert en wat de plussen en de minnen zijn. Dat hebben we gedaan bij de physician assistant en ook bij de verpleegkundig specialist en dat zal ook hierbij aan de orde zijn. We gaan dit dus niet meteen invoeren, maar er is wel van onderop – dus niet van bovenaf – een lacune geconstateerd. Daarmee zijn partijen aan de gang gegaan en zij zijn met deze oplossing gekomen. Wij gaan in de praktijk bekijken hoe dit gaat uitpakken. Dit is dus van onderop ontstaan: vanuit Ambulancezorg Nederland en de ziekenhuizen, met daarbinnen de spoedeisende hulpen. De tekorten die men daar ervaart op het punt van de arbeidsmarkt en de benodigde flexibiliteit om iemand makkelijk te kunnen inzetten, waren heel belangrijke signalen op basis waarvan dit is ontwikkeld. Het is bekend dat er beroepsgroepen zijn die hier zorgen over hebben, zoals de V&VN en de KNMG. Die zorgen nemen we serieus, zoals we ook bij de vorige beroepen hebben gedaan. Ook daarbij was het niet meteen halleluja. Je ziet ook dat artsen die eerder heel terughoudend waren ten aanzien van de verpleegkundig specialist of bij de PA, in de praktijk nu heel positief zijn, maar het is niet zo dat we eroverheen walsen en dat we denken dat het, omdat het de vorige keren goed is gegaan, ook nu goed zal gaan. We zullen dit dus serieus meenemen. Daarom zullen we gaan experimenteren via artikel 36a van de Wet BIG. Wij zullen iedereen daar goed bij betrekken en aangehaakt houden om uiteindelijk, na die experimentele fase, te kunnen zeggen of dit daadwerkelijk een antwoord is op de lacunes die we van onderop aangedragen hebben gekregen. We gaan het experiment starten. Aan het eind van het experiment zullen we kunnen bekijken of we dit daadwerkelijk in de Wet BIG gaan regelen, zoals ik nu overigens ten aanzien van de PA en de verpleegkundig specialist heb besloten. Bij de voorbereiding van het experiment zullen alle betrokken organisaties en beroepsgroepen worden betrokken en zij zullen goed worden geïnformeerd. We zullen dit zorgvuldig doen.
Ten aanzien van de physician assistant zijn niet alle voorbehouden handelingen uit het experiment via artikel 36a geregeld. Uiteraard wil ik daarover in gesprek gaan. Wij zijn daar ook al over in gesprek met de beroepsgroep. Het wetenschappelijk onderzoek had onvoldoende kwantitatieve onderbouwing opgeleverd ten aanzien van endoscopie en electieve cardioversie. Zodra die onderbouwing er is, gaan we de volgende stap doen. Het is heel belangrijk dat we dit op een rustige, goede manier doen. Als dit onderbouwd is en als het werkt, nemen we dit op. Als we die cyclus ook voor nieuwe trajecten doen, krijgen we een rustige weloverwogen cyclus.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dank voor het antwoord. De Minister zegt dat zij, wanneer de onderbouwing er is, gaat bekijken of ook de endoscopie en de andere handeling opgenomen kunnen worden in de voorbehouden handelingen. Voor die verdere onderbouwing moet natuurlijk wetenschappelijk onderzoek worden gedaan, onder andere door die verenigingen. Hoe kunnen zij dat gaan doen? Gaat dat via ZonMw of wordt dat weer vanuit het ministerie bekostigd? Daarop krijg ik graag een reactie van de Minister.

Minister **Schippers**: Dat was het antwoord waar ik nu op kwam, want dat was een vraag van mevrouw Voortman en van u. Het experiment met de PA loopt tot 1-1-2017. Wij hebben nu onvoldoende onderbouwing uit het onderzoek. Vanaf het begin hebben we wel afgesproken dat bij de aanvraag de aanvragende beroepsorganisatie de bewijslast en de onderbouwing moet leveren. We gaan dus ook bekijken – dat zullen we zeker in overleg met de beroepsorganisatie doen, want we zijn daarmee in overleg – hoe we die onderbouwing op een goede manier kunnen krijgen en zo snel mogelijk boven tafel kunnen krijgen. Daarbij wil ik de verantwoordelijkheid natuurlijk wel laten liggen waar die ligt. Die verantwoordelijkheid gaan we niet overnemen. We zijn hierover dus in overleg.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik had van de physician assistants zelf begrepen dat juist die voorbehouden handelingen ervoor zorgen dat zij hun vak compleet kunnen maken en echt meerwaarde kunnen bieden in het ziekenhuis. De vraag aan de Minister is wanneer zij hier meer duidelijkheid over kan geven. Ik vond het overigens opvallend dat de Minister in het rapport een heleboel pluspunten meegaf en aangaf dat de artsen er ontzettend blij mee zijn. Een van de pluspunten die mij opvielen, in ieder geval voor de artsen, is dat de artsen nu minder overwerken en de physician assistants en de verpleegkundig specialisten méér. Dat kwam ook uit dat onderzoek. Dat was wel opvallend.

Minister **Schippers**: Daarom vind ik het ook belangrijk dat die onderbouwing er komt. Die moet er komen, want dit proces is er niet alleen voor deze beroepsgroepen; we krijgen nu weer een nieuwe beroepsgroep. Ik vind dat we dit iedere keer op basis van onderbouwing moeten doen en dat we het iedere keer eerst moeten proberen: wat vindt iedereen ervan en wat blijkt er uit het onderzoek? Die onderbouwing moet er dus gewoon komen. Het is wel zo dat de aanvragende beroepsorganisatie de primaire verantwoordelijkheid voor de bewijslast heeft. Wij vinden het zelf ook belangrijk dat er een beetje schot in blijft. We blijven dus wel in gesprek om te bekijken hoe we dit in het juiste tempo kunnen doen, maar ik ga die verantwoordelijkheid niet overnemen. Dat zou mij heel onverstandig lijken, maar ik hoop natuurlijk dat wij binnen de termijn die onderbouwing met elkaar kunnen vaststellen. Die termijn is 1-1-2017.
Waarom is het onderscheid tussen de verpleegkundig specialisten en de physician assistant gemaakt? Omdat de physician assistant met name in het medisch domein werkzaam is en gericht is op medische handelingen, terwijl de verpleegkundig specialisten vooral in het verpleegkundig domein, in preventie en informatie aan de patiënt werkzaam zijn. In het onderzoek Verschillen en overeenkomsten tussen de physician assistant en de verpleegkundig specialist wordt het onderscheid helder beschreven. Ik kan dat rapport desgewenst naar de Kamer sturen.
Klopt het dat de hbo-PA niet meer de voorbehouden handelingen mag doen of zijn er overgangsproblemen? Dat klopt niet. In de AMvB Physician assistant worden alle voorbehouden handelingen beschreven die de physician assistant mag doen.
Waarom worden de taaleisen niet ingevoerd voor paramedici? Op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst en de Kwaliteitswet zorginstellingen moeten alle beroepsbeoefenaren in de zorg het Nederlands voldoende beheersen. Dat moet nu dus ook al. De controle op de taalbeheersing bij de artikel 3-beroepen van de Wet BIG – dat zijn de arts, de tandarts, de apotheker, de verloskundige, de verpleegkundige, de gz-psycholoog, de psychotherapeut en de fysiotherapeut – betreft de beroepsbeoefenaren met de meeste impact op patiëntveiligheid. Dit betreft automatisch ook alle geneeskundige specialismen op grond van artikel 14 van de Wet BIG, omdat die altijd op een van deze acht beroepen voortbouwen. Met deze maatregelen hebben we de taaleis dus in één keer afgedicht voor 352.000 beroepsbeoefenaren.

Voor de paramedische beroepen heeft de wetgever het niet nodig gevonden om een publiek register in te stellen, omdat de risico's lager liggen. Wel genieten zij titelbescherming. Paramedici moeten nu ook al voldoen aan de eis om Nederlands te spreken. De erkenning van diploma's van personen uit een Europees buitenland gaat alleen over hun beroepskwalificaties en hun opleidingstitel, niet over taalkennis, maar omdat er geen publiek register is, zou dit met een negatief resultaat in een taaltoets veranderen: de beroepstitel blijft erkend, maar met onvoldoende kennis van het Nederlands mag men hier niet werken. Het is aan een beroepsbeoefenaar zelf en aan de eventuele werkgever om hier rekening mee te houden.
Gaan we die taalbeheersing controleren bij inschrijving in het BIG-register? Controle voorafgaand aan inschrijving in het BIG-register zal ik gaan invoeren na implementatie van de gewijzigde Europese richtlijn over erkenning van beroepskwalificaties. Over het niveau en de wijze van controle en toetsing heb ik advies gevraagd van het bureau Panteia. Dat advies heb ik naar de Kamer gestuurd. Ik kom binnenkort bij de Kamer terug met de exacte wijze van implementatie, controle en toetsing.
Waar wordt nog meer op getoetst behalve taal, het diploma en de opleiding? Er wordt getoetst op aspecten als het certificaat en de professionele status. Men toetst met name of iemand tuchtrechtelijke en strafrechtelijke bevoegdheidsbeperkingen heeft. Dat gebeurt met het IMI (Interne Markt Informatiesysteem), dat er per 2016 is, maar dat doen wij nu ook al. Dan heb je een beroepsbeperkende maatregel in het buitenland gekregen. Er zijn verklaringen omtrent beroepservaring in de afgelopen jaren en verklaringen omtrent gelijkwaardigheden van genoten diploma's in vergelijking met de Europees afgesproken opleidingen. Dat zijn erkenningen conform de Europese richtlijn.
Daarmee kom ik op de gevolgen voor de Europese richtlijn, bijvoorbeeld voor de toelating van het beroep van chiropractor. Chiropractor is in Nederland geen beschermde titel. In Nederland mogen die hun beroep uitoefenen. Voorbehouden handelingen mogen alleen zelfstandig door bekwame BIG-geregistreerden worden verricht. In het algemeen geldt dat wie in Nederland een gereglementeerd beroep heeft, dus een beschermde titel, waarbij sprake is van voorbehouden handelingen, moet voldoen aan de Nederlandse opleidingseisen. De richtlijn regelt wie in aanmerking komt voor automatische erkenning van het diploma of wie een procedure van inhoudelijke beoordeling moet volgen.

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): Dit antwoord van de Minister begrijp ik, maar ik wilde het juist wat breder trekken dan de geldende wet- en regelgeving. Er is nu een Europese richtlijn. Die zegt dat, als verschillende lidstaten met een gemeenschappelijk opleidingsprogramma komen dat ze gemeenschappelijk afkaderen, ze toelating tot een nieuwe lidstaat kunnen afdwingen. Herkent de Minister die ontwikkeling? Hoe ziet zij die ontwikkeling voor zich? Verwacht zij dat er nieuwe beroepen – ik noemde de chiropractor als voorbeeld, maar misschien zijn er nog wel andere beroepen – tot de Nederlandse zorgmarkt zullen toetreden? Dat kan immers ook heel goed zijn, omdat wij zo innovatie de zorg binnenhalen.

Minister **Schippers**: Wij bepalen zelf wie hier in het BIG-register komt, een beschermde titel krijgt en voorbehouden handelingen mag doen. Dus ook al zijn bepaalde beroepen in andere landen gereglementeerd maar hier niet, dat betekent niet dat wij dat automatisch overnemen. Maar als bepaalde beroepsbeoefenaars, bijvoorbeeld chiropractors, zeggen dat ze eigenlijk in het BIG-register moeten zitten omdat ze aan de eisen voldoen – ze hebben directe patiëntencontacten, ze doen voorbehouden handelingen et cetera – dan moeten zij een aanvraag doen om in het BIG-register te komen. Maar dat blijven wij in Nederland regelen.

Dan kom ik op de herregistratie. Ik had eerlijk gezegd dezelfde reflex als mevrouw Klever. Zij had zoiets van: «Jeetje, vijf jaar. Waarom duurt het nou langer? Waarom hebt u dat nou met een jaar uitgesteld?» Dat komt doordat het heel erg divers is. Het gaat om een grote groep mensen. Het is lastig gebleken om een scholingsprogramma te ontwikkelen en een inschatting te maken van hoe dat verder zal lopen. Vervolgens is er eerst een pilot uitgerold om te bekijken wat een geschikt scholingsprogramma is. Dat neemt echt tijd in beslag. Die pilot heeft geresulteerd in een concreet voorstel. De implementatie van dat voorstel vergt tijd, ook omdat in het beoordelingskader voor specifieke groepen dingen nader uitgewerkt dienen te worden, bijvoorbeeld de promovendi. Wij moeten erop letten dat zij niet hun herregistratie kwijtraken omdat ze aan het promoveren zijn. Dat soort dingen is allemaal op ons pad gekomen.
Ik vind het ook belangrijk dat wij voldoende tijd nemen zodat artsen zich met passende scholing kunnen voorbereiden op de geldende normen en de gevolgen daarvan. Daarom heb ik met veel moeite toch maar besloten om het met één jaar uit te stellen. Ik vind het zelf ook vervelend. Aan de andere kant, één jaar is één jaar. Het is wel zorgvuldig gebeurd. Wij hebben een pilot gehad. Wij zijn tegen allerlei dingen aangelopen die lastig bleken. Ik vind het ook heel vervelend, maar ik heb dit toch maar gedaan vanwege de zorgvuldigheid. Maar het gaat wel gebeuren. Het is geen afstel.
Hoe staat het met de extra eisen van intercollegiale toetsing en een bredere deelname aan deskundigheidbevorderende activiteiten voor herregistratie? Hoe gaan wij de aanvullende eisen vormgeven? Aan alle artikel 3-basisberoepen is gevraagd hoe een dergelijke toetsing op dit moment is geregeld. Die input is door alle beroepsgroepen geleverd. Er is gebleken dat iedere beroepsgroep een vorm van deskundigheidbevorderende activiteiten kent, maar dat intercollegiale toetsing niet bij iedereen plaatsvindt. Er wordt nu bekeken op welke wijze dit op een goede manier invulling kan krijgen. Wij sluiten hierbij zo veel mogelijk aan bij wat de beroepsgroepen zelf hebben aangegeven, maar wij willen ook optimaal recht doen aan de doelstelling. Dit zit in de tweede tranche van de wetswijziging van de BIG.
Dan kom ik op de stages en opleidingen. Tekort aan plekken is niet alleen een probleem bij de nieuwe bachelorsopleiding medische hulpverlener. Dat is een breder probleem, dat ook voor andere opleidingen geldt. Dat heeft overigens niet zozeer met nieuwe specialisaties te maken. Dat is een breder probleem. Dat is onwenselijk. Ik heb de NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) en de NFU (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra) schriftelijk gevraagd om ervoor te zorgen dat ziekenhuizen voldoende stageplaatsen beschikbaar stellen. Zij zijn de eerstverantwoordelijke om stageplaatsen ter beschikking te stellen. Ik heb hen erop gewezen dat zij er zelf voor moeten zorgen dat er voldoende stageplaatsen zijn – zij hebben zelf immers aangegeven behoefte te hebben aan die bachelor medische hulpverlener – en dat in samenspraak met sociale partners is afgesproken dat die bacheloropleiding medisch hulpverlener is opgenomen in de subsidieregeling stageplaatsen zorg II, dus dat ze ook een beroep kunnen doen op het Stagefonds.
Alcohol- en drugsgebruik. Wij zijn in overleg met diverse beroepsorganisaties om te bekijken hoe een zerotolerancenorm tijdens beroepsuitoefening kan worden vastgelegd in de beroepsnormen. Wij hebben die route gekozen omdat het ongelooflijk belangrijk is dat er binnen de beroepsgroep draagvlak is voor die norm en dat ze bereid zijn om elkaar aan te spreken op alcohol- en drugsgebruik tijdens de beroepsuitoefening, dus om een melding te doen bij de werkgever en de beroepsorganisatie ten behoeve van een behandeling, en zo nodig bij de inspectie. Het is dus heel belangrijk dat het uit die beroepsgroepen zelf komt. Dat is ook de reden waarom wij dat overleg hebben. Het uitgangspunt is dat je het voorkomt, of dat je verslaafde beroepsbeoefenaren meteen in behandeling krijgt. Wij

ondersteunen ter zake een programma van de KNMG om artsen met verslavingsproblemen te begeleiden bij behandeling. Dat is een pilot. Na de pilot wordt bekeken of het behandelprogramma ook voor andere beroepsgroepen gebruikt kan worden. Als de verslaafde beroepsbeoefenaar niet bereid is mee te werken aan zo'n behandeling of als behandeling geen oplossing biedt – dat kan natuurlijk ook – dan moet de inspectie handhavend optreden. Ernstig risico voor de patiëntveiligheid is natuurlijk aanleiding voor handhavend optreden door de inspectie.
Wij proberen dit dus eerst via pilots enorm te borgen. Mocht wetgeving nodig zijn op dit gebied, dan zal ik dat in de tweede tranche van de Wet BIG meenemen. Dus ik sluit niet uit dat, als wij het niet via deze route kunnen regelen, wij het via de andere route doen.

De **voorzitter**: Daarmee zijn wij aan het einde gekomen van de beantwoording in eerste termijn. Als richttijd in tweede termijn geef ik mee anderhalve minuut, maximaal twee minuten.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar uitgebreide beantwoording. Ik ben in ieder geval blij dat de Minister niet voornemens is om met een wetsvoorstel te komen dat verzekeringsartsen verplicht om gegevens aan justitie te geven. De Minister geeft aan dat zij een zorgvuldig traject in wil gaan over wat er binnen de huidige wetgeving mogelijk is. Daar betrekt zij een flink aantal verschillende partijen bij. Wat is haar tijdsplanning?
Tegelijkertijd heeft de Minister een punt als zij zegt dat de Kamer ook niet altijd consistent is. Ik kan mij voorstellen dat het niet makkelijk is als je met de vaste commissie voor VWS het ene afspreekt en de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie misschien iets heel anders zegt. Wij moeten daar zelf ook heel goed op letten. Mocht de Minister met voorstellen komen, dan lijkt het mij goed als onze commissie daar een hoorzitting over organiseert. Voor GroenLinks is het medisch beroepsgeheim in ieder geval een heel groot goed. Dat is geen gunst van de overheid, maar een plicht die de arts heeft jegens zijn patiënt. Voorstellen hierover moeten dan ook met uiterste zorgvuldigheid bekeken worden.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Ik dank de Minister voor de uitgebreide beantwoording en de toezeggingen. Zij heeft nog één vraag niet beantwoord. Die gaat over de toekenning van bevoegdheden en de vraag wie welke medische handelingen mag verrichten. Die wil zij nu via een AMvB regelen. Is het wel zorgvuldig genoeg als het via een AMvB-traject wordt geregeld? Is het niet beter om dat via een wetstraject te doen?
Ik heb nog een ander puntje. De Minister gaat onderzoek doen naar een onafhankelijk medisch adviseur in het kader van het medisch beroepsgeheim. Wil zij dan ook onderzoeken of het mogelijk is om zo iemand bij de NZa aan te stellen in plaats van bij de zorgverzekeraars? Er is namelijk veel weerstand om zo iemand bij een zorgverzekeraar te hebben. Vandaar dat de toezichthouder misschien een betere optie zou zijn.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ook ik bedank de Minister voor haar beantwoording. Wij zijn het allemaal met elkaar erover eens dat het medisch beroepsgeheim uiterst belangrijk is en dat wij moeten waken voor het oprekken daarvan op welke manier dan ook. Tegelijkertijd heeft de Minister aangegeven dat het niet altijd zwart-wit is. Dat heb ik zelf ook gezegd. De Minister zei dat het geen haalbare weg is om patiënten vooraf toestemming te vragen als zorgverzekeraars vanwege de materiële controle het patiëntendossier gaan inzien. Ik zou haar willen vragen om toch eens te zoeken naar een goede manier om patiënten veel meer bewust te maken van de rechten die ze hebben als het gaat om het patiëntendossier, dat van hen is. Dat erkent de Minister ook volmondig. Ik

vraag haar te bekijken op welke manier je mensen ervan bewust kunt maken dat hun dossier kan worden ingezien en door wie wel en wie niet. Meer in de breedte heb ik gezegd dat het belangrijk is dat patiënten betere kennis hebben van hun rechten als het gaat om hun dossiers. De Minister heeft toegezegd dat ze dat meeneemt in een brief. Daarin neemt zij ook de rol van de IGZ in het medisch beroepsgeheim mee en komt zij terug op al diegenen die zeggen het patiëntendossier te willen inzien maar die dat helemaal niet mogen. Ik dank de Minister voor die toezegging.
Tot slot wil ik heel kort nog iets zeggen over de niet-reguliere behandelaars. De Minister zegt: als iemand voor 90% natuurarts en voor 10% huisarts is, dan is hij hoofdzakelijk natuurarts. Dat is wat anders dan een huisarts die bijvoorbeeld fiftyfifty beide soorten beroepen uitoefent. Zij heeft het over de beroepsgroepen die zich hoofdzakelijk bezighouden met niet-reguliere of complementaire zorg. Hoe kijkt de Minister aan tegen een heel andere verdeling? Je hebt immers beroepen waarin dat in evenwicht is met elkaar.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik wil de Minister bedanken voor haar antwoorden. Zij had in 2013 het voornemen om een wetsvoorstel te maken om het medisch beroepsgeheim te doorbreken. Het is prettig om te horen dat zij nu aangeeft andere manieren te gaan zoeken. Bij het medisch beroepsgeheim is het altijd belangrijk om de afweging te maken: kunnen wij het op een andere manier doen en is het wel proportioneel? Dank ook voor de toezegging dat ze gaat onderzoeken hoe een verzekerde op de hoogte kan worden gebracht als een zorgverzekeraar buiten hem om zijn medisch dossier inkijkt. Ik ben benieuwd welke afweging er uiteindelijk uitkomt. Het gaat er ook om dat een patiënt vertrouwen in zijn zorgverzekeraar moet hebben en ervan op de hoogte moet zijn als zoiets gebeurt.
Ik kom op het zerotolerancebeleid. De Minister zegt dat zij heel erg op zoek is naar draagvlak en dat zij dat met de artsen gezamenlijk doet. Ik begrijp dat zij dat doet. Aan de andere kant is het een gedeeld belang. Je wilt niet dat een arts een operatie doet onder invloed van alcohol. Waarvoor moet dan precies draagvlak worden gezocht? Voor de manier waarop je het zerotolerancebeleid invult? Wanneer verwacht zij samen met de sector tot een goed besluit te komen? Zij had eerder aangegeven dat dat dit najaar zou zijn.
Verder kijk ik uit naar de veranderingen van het tuchtrecht in het eerste wetsvoorstel. De eerste keer dat ik daar voorstellen voor heb gedaan is in 2011. Dus het is een zaak van lange adem en geduld, maar het is in ieder geval goed dat de Kamer begin 2016 eindelijk wat veranderingen kan zien.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik wil herhalen wat ik in eerste termijn heb gezegd: artsen zijn geen politieagenten, dat moeten ze niet worden en ze zijn geen verlengde arm van Veiligheid en Justitie. Ik wil wel de suggestie meegeven om wat extra te investeren in politieagenten, het justitiële apparaat en de rechtspraak. Dat doe ik ook namens een aantal oppositiepartijen ...

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ook namens het CDA.

De heer **Van Gerven** (SP): Ook namens het CDA. Wellicht is daar binnen de coalitie draagvlak voor. Ik zou meer die route bewandelen. Als je wat er nu ligt, goed gebruikt en goed toepast, dan kan er ontzettend veel. Er moet vooral ingezet worden op wat er wettelijk mogelijk is. Laat iedereen zijn taak goed uitoefenen. Ik kijk dan vooral naar het justitieel apparaat en niet zozeer naar de dokters.
Ik had nog een vraag liggen over het amendement-Van Gerven (32 261, nr. 16) uit 2010. Dat betrof een heel duidelijke afbakening van de handelingen die een medisch specialist met een bepaalde titel mag doen. Ik wil de

Minister vragen om dat mee te nemen in de verdere uitwerking. Het vergt toch wat denkwerk om daar goed over te discussiëren.
Tot slot, komen de niet-reguliere en de niet-verzekerde zorg beide onder de wet- en regelgeving te vallen van de BIG, zodat er handhavend kan worden opgetreden? Worden die gelijkgeschakeld met reguliere en verzekerde zorg?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar toezeggingen over de commissie van wijzen en over wat ik maar samenvat als een cautie voor de patiënt, zodat hij vooraf erop gewezen wordt dat zijn dossier wordt opgevraagd, wat de voorwaarden zijn en wat zijn mogelijkheden zijn. Dat is een belangrijke verbetering in de praktijk.
Ik heb nog wel een paar vragen aan de Minister. De eerste gaat over de huidige manier waarop het beroepsgeheim geschonden kan worden, bijvoorbeeld bij de materiële controle. Er is een aantal keren aan de orde gekomen dat dat nu hartstikke goed gaat via een heel scherpe procedure. Tegelijkertijd is er nergens een overzicht van hoe vaak een dossier is geopend, wat het effect daarvan is en wie daarop toeziet. Als je niet weet hoe vaak het gebeurt, hoe weet je dan dat het goed gaat? Wij hebben daar grote zorgen over. Ik krijg daar graag een reactie op van de Minister. Waarom wordt het niet openbaar bijgehouden? Dat is een beetje vreemd.
De tweede vraag gaat over het prachtige woord «titulatuur», de dokterstitels. De Minister is heel duidelijk geweest over de kruidendokters en basisartsen, maar zij heeft niks gezegd over de subspecialisaties. Dat zijn registraties die privaat worden beheerd en niet onder het kwaliteitskader vallen. Die vallen dus ook niet onder de IGZ. Daar gaat het dus mis. Daardoor kunnen mensen allerlei titels gebruiken. Dus als je neuroloog bent, kun je jezelf vasculair neuroloog noemen. Als je kinderarts bent, kun je jezelf kindercardioloog noemen. Zo heeft elke specialisatie heel veel subspecialisaties. De aanbeveling van de evaluatiecommissie BIG is: ga dit monitoren, want hier zit hét risico op het gebruik van misleidende titels. Als jij in een fantastische maatschap werkt waarin iedereen op elkaar let, dan wordt er niet gedronken, wordt er geen drugs gebruikt en worden er geen verkeerde titels gebruikt. Als dat niet zo is, je naar een zelfstandige behandelkliniek gaat en je zegt «Hoi, ik ben Pietje. Ik ben deze superspecialist.», dan kan dat dus. Dat is precies waar het misgaat. Daar heeft de Minister nog niet op gereageerd. Als zij dit toch uitwerkt in een nieuw wetsvoorstel, wil zij dit specifieke punt dan meenemen? Wil zij ook ingaan op de aanbeveling van de evaluatiecommissie BIG, die adviseert om dit te monitoren en nader te bekijken? Dan voorkom je een praktijkprobleem en bescherm je patiënten.

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): Voorzitter. Wat het medisch beroepsgeheim betreft is het duidelijk dat de Minister aan het zoeken is naar een balans tussen de toegankelijkheid en de patiëntveiligheid en de doorbreking van het beroepsgeheim ter bescherming van de mensen zelf of de mensen om hen heen. De Minister heeft zich hard gemaakt voor de bevordering van de samenwerking tussen arbeidsgerelateerde zorg en curatieve zorg. Heel veel mensen zijn hard bezig om arbeidsongeschikten te begeleiden naar werk zodra ze dat kunnen. Dan hebben wij het over verzekeringsartsen en bedrijfsartsen die samenwerken met curatieve artsen. Dat zijn allemaal artsen. Het is niet de bedoeling dat het medisch beroepsgeheim in de weg staat van die samenwerking. Wil de Minister daar echt aandacht aan besteden?
Ik heb de Minister heel duidelijk horen zeggen dat niemand zich voor kindercardioloog mag uitgeven als hij dat niet is en dat de heer Van Gerven ook geen openhartoperaties mag uitvoeren, maar ik krijg dat graag nog een keer bevestigd.
Dan heb ik nog twee niet beantwoorde vragen. De eerste gaat over het signaal dat ik uit een van de rapporten kreeg dat er veel meer wordt

overlegd door de nieuwe beroepen, bijvoorbeeld door de physician assistant of de verpleegkundig specialist. Dat zou in negatieve relatie staan tot het directe patiëntencontact. Klopt dat en, zo ja, is dat dan een probleem volgens de Minister?
Een laatste vraag gaat over de bachelor medische hulpverlening. Die wordt niet ondergebracht in het BIG-register maar wel onder het tuchtrecht geplaatst. Waarom is dat onderscheid gemaakt tussen BA's en BMH's? En komt dat nu ook bij andere beroepen voor?

De **voorzitter**: Daarmee zijn wij aan het einde gekomen van tweede termijn van de Kamer. De Minister kan direct overgaan tot beantwoording.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik heb even een puntje van orde. Over vier minuten begint de regeling van werkzaamheden. Volgens mij moeten er ook andere collega's hier naar die regeling toe.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik had begrepen dat eerst het Parijsdebat wordt afgemaakt en dat dan de regeling begint.

De **voorzitter**: Ik zag dat ook. Misschien is het goed om de griffier te vragen om daar even achteraan te gaan. Als het nodig is, schorsen wij. Dan is het een terecht punt.
Dan gaan wij alsnog over tot de beantwoording in tweede termijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Het medisch beroepsgeheim gaat over heel veel terreinen. Wij moeten echt oppassen dat wij al die terreinen niet door elkaar gooien. Zo is er gezegd: ik vind het fijn dat de Minister is gestopt met een wetsvoorstel waarin de verzekeringsartsen informatie aan justitie zouden moeten geven. Maar dat was nooit een wetsvoorstel. Wij hebben een deel justitie. Wij hebben een deel materiële controles. Wij hebben een deel dat gaat over wat nabestaanden mogen als een patiënt is overleden. Wij hebben allerlei verschillende delen. Daarom vind ik het goed om de brief te schrijven die ik al had toegezegd aan mevrouw Dijkstra en waar wij allerlei dingen aan toegevoegd hebben. Dan kan ik het nog een keer heel helder neerzetten, zodat wij elkaar heel goed verstaan over alles wat daarin zit. In die toezegging had ik ook aangegeven dat ik de kennis van patiënten zou meenemen over het medische beroepsgeheim en over wat in dat opzicht mag en niet mag. Er zijn heel veel activiteiten. Ik heb hier een waslijst van activiteiten van de sector: de artsen zelf, de KNMG, andere beroepsorganisaties, de cursussen, de helpdesk van de KNMG. Als een dokter iets niet weet en twijfelt, kan hij een helpdesk bellen en informatie inwinnen. Er is een factsheet gemaakt. De opleidingen gaan er meer aandacht aan besteden. Wij zijn daarover met elkaar in gesprek, maar de KNMG heeft onlangs aangegeven ook met ons in gesprek te gaan over hoe wij alles wat er gebeurt, verder vorm kunnen geven. In dat stukje ontbreekt inderdaad de informatievoorziening aan de patiënt. Die wordt daarin meegenomen.

De **voorzitter**: Voordat u verdergaat wil ik tegen de Kamerleden zeggen dat het Parijsdebat zo meteen wordt vervolgd. Daarna volgt de regeling van werkzaamheden. Dus u kunt gerust blijven zitten.

Minister **Schippers**: Wat is de planning? De tijdsplanning van het wetsvoorstel heb ik aangegeven. Ik zal ervoor zorgen dat wij de brief over het medisch beroepsgeheim in het voorjaar hebben. Dan zetten wij even alles goed op een rijtje en bundelen wij alles.
Mevrouw Klever had het over toekenning per AMvB. Die vraag was ik inderdaad vergeten te beantwoorden. Ik volg het advies van de onderzoekers om de flexibilisering van voorbehouden handelingen van bepaalde beroepsgroepen voortaan bij AMvB aan te wijzen. Juist ten

aanzien van beroepsgroepen bestaat een grotere behoefte aan flexibiliteit. Op deze manier kunnen wij beter inspelen op dat aspect en op de toenemende taakherschikking in beroepen. Voor nieuwe beroepen die een zelfstandige bevoegdheid voor voorbehouden handelingen krijgen, vind ik het wenselijk dat er eerst een experimentele periode wordt ingelast, conform artikel 36a. Voor bestaande beroepen wil ik de mogelijkheid houden om die direct van het lichte naar het zware regime van de wet over te brengen. In mijn beleidsreactie op de evaluatie van de Wet BIG heb ik aangegeven welke criteria worden gehanteerd voor erkenning van beroepen in het zware regime. Die zal aan de hand van die criteria worden getoetst. Dus het gaat eigenlijk om de flexibiliteit.
Dan neem ik meteen het amendement-Van Gerven (32 261, nr. 16) mee. Als je dat zo ongelooflijk vastlegt, dan haal je daar de flexibiliteit uit. Daarnaast was de vraag: wat doet de overheid, wat doen beroepsgroepen zelf? Beroepsgroepen zelf geven aan welke handelingen tot het gebied van een specialisme worden gerekend. In de Wet BIG zijn de voorbehouden handelingen vastgelegd die een beroepsgroep daadwerkelijk krijgt. Het is belangrijk dat wij dat onderscheid maken, want door innovatie zijn dingen allemaal niet zo statisch en kunnen dingen wijzigen in die beroepen. Wij zien dat voluit gebeuren in de sector zelf.

De heer **Van Gerven** (SP): De Minister interpreteert dat amendement niet juist. Laten wij een plastisch chirurg nemen. In dat amendement staat dat de beroepsgroep zelf zegt op basis van wetenschappelijke standaarden en de beroepspraktijk: dit worden wij geacht te kunnen doen. Mocht daar een wijziging in komen, een nieuwe behandeling of wat dan ook, dan kan die toegevoegd worden. Daar voorziet dit amendement in. Dat zegt: laat de beroepsgroepen dat nauwkeurig vastleggen, zodat een gynaecoloog niet iets in een ander gebied kan gaan doen omdat hij denkt dat ook wel te kunnen. Daarnaast heb ik de vraag of Raad van State nog gehoord wordt als de Minister dingen in een AMvB onderbrengt.

Minister **Schippers**: Welke handelingen tot een specialisme worden gerekend, legt de beroepsgroep al vast. Daarom kun je je niet zomaar cardioloog noemen, want er is al vastgelegd waar je aan moet voldoen om jezelf daadwerkelijk cardioloog te kunnen noemen. Wel is uit de evaluatie van de Wet BIG gebleken dat wij de deskundigheidsgebieden helderder moeten afbakenen. Daar moeten wij oog voor hebben. Dat komt in het wetsvoorstel dat in de tweede tranche wordt ingediend. Daar komen wij nog uitgebreid over te spreken.
Er werd gesteld: die onafhankelijke medisch adviseur moet worden ondergebracht bij de NZa in plaats van de verzekeraar. De onafhankelijke medisch adviseur in die context gaat over juridische zaken, dus die komt sowieso nooit bij een verzekeraar, want die heeft daar helemaal niks mee te maken. Stel dat er een juridische zaak loopt over een heel ernstig misdrijf, dan is de vraag wat je mag doen en wat niet. Dat traject met een onafhankelijk medisch adviseur onderzoek ik nu. Die komt dus zeker niet bij een verzekeraar. Die zorg kan ik wegnemen. Op de vraag waar die wel komt, kom ik terug als wij iets verder zijn in de ontwikkeling.
Er werd gesteld: de patiënt moet worden geïnformeerd als zijn dossier wordt ingezien. Het tweede deel van de vraag van mevrouw Dijkstra neem ik mee bij de beantwoording van de vraag welke rechten en plichten een patiënt heeft. Maar ik vind het heel belangrijk om goed te bekijken of en wanneer je een patiënt daarover kunt informeren. Dat heb ik mevrouw Bruins Slot ook al toegezegd. Daar laat ik wat dieper naar kijken.
Dan kom ik op de verdeling van de natuurarts en de CAM (Complementaire en Alternatieve Methoden). De titel «arts» is beschermd, maar «natuur» of «CAM» niet. Dus er zijn allerlei dingen die je eraan vast kunt plakken. Wat in de Wet BIG is vastgelegd over de voorbehouden handelingen waarvoor iemand bevoegd en bekwaam moet zijn, is gericht op die

50% huisartsgeneeskunde, dus niet op die 50% natuurartsgeneeskunde. Voor dat natuurartsdeel hebben wij niks geregeld in de Wet BIG. Dat gaan wij ook niet doen, want daar hebben wij nou juist niet die evidencebased gegevens van.
Ik kom op zero tolerance. Tegen iemand die dronken opereert, moet de inspectie al optreden. Dat mag niet. Daar moet iedereen op ingrijpen. Maar het gaat juist om het grijze gebied waarvan je zegt: iemand is verslaafd, het is allemaal lastig. Wij vinden dat mensen elkaar daar ook op moeten aanspreken. Dan moet je ook de vraag stellen: wat is er met jou aan de hand? Daar zijn wij een pilot over aan het doen. Ik zie dat als een grondig traject. Wij gaan bekijken wat er uit die pilot is gekomen en pas als wij het onvoldoende vinden, gaan wij bekijken of wij iets in de wet moeten regelen. Je doet iets in de wet als het anderszins niet kan en niet eerder.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Die pilot loopt nu enige tijd. Wanneer loopt die af en wordt die geëvalueerd?

Minister **Schippers**: In ieder geval vóór het tweede traject. De tweede tranche gaat in voor de zomer. In het voorjaar gaat wetstraject 2 in internetconsultatie. Daarvoor hebben wij de resultaten. Dat pilotproject loopt door. Wij zijn ook bezig met normenontwikkeling, maar wij zorgen er in ieder geval voor dat wij parallel daaraan – zo snel loopt het ook niet – in de wet een haakje daarvoor hebben. Dan hoeven wij er niet helemaal opnieuw over na te gaan denken als wij vinden dat het in de praktijk niet goed genoeg loopt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Kan ik dat vertalen als: medio 2016 is er in ieder geval een beeld van de eerste resultaten van het project ABS-artsen – zo heet dat geloof ik – en de normontwikkeling?

Minister **Schippers**: Ik krijg geen heel concrete reactie op de vraag wanneer wij de eerste resultaten hebben. Ik weet het ook niet uit mijn hoofd, dus wij zoeken dat even op.
Zijn de niet-reguliere en niet-verzekerde zorg geregeld in de Wet BIG, vroeg de heer Van Gerven. Nee, die zijn geregeld in de Wkkgz. Daarin hebben wij een belangrijke stap kunnen zetten.
Over de materiële controle en de scherpe procedure had mevrouw Bouwmeester een aantal vragen. Die had mevrouw Klever eerder ook al gesteld. Ik heb haar toegezegd om voor de wetsbehandeling naar de Kamer te komen met cijfers over hoe vaak een en ander wordt toegepast.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Begrijp ik het goed dat de Minister nu gaat onderzoeken hoe vaak het wordt toegepast en wat het effect is, maar dat de uitspraak «het gaat nu allemaal goed, want er is toezicht» niet gebaseerd is op feiten?

Minister **Schippers**: Nee, wij hebben een systeem waarin de zorgverzekeraar als hij uitkeert, moet bekijken of hij dat goed doet en of dat terecht is. Daar hebben wij geen overheidstaak van gemaakt. Wij hebben gezegd: de verzekeraar moet dat zelf controleren. Dat scheelt ons een heleboel ambtenaren, want de verzekeraar doet dat, maar daar heeft hij wel een heel strakke procedure voor te volgen, waarin is vastgelegd wat hij wel en niet mag doen bij de materiële controle. Die procedure is vastgelegd. De NZa houdt daar toezicht op. Omdat dit helemaal achter in de procedure zit van de materiële controle, zal het niet vaak voorkomen. Dat is maar goed ook, want dan zit je al dicht bij fraude. Maar er zijn natuurlijk fraudezaken aan het licht gekomen waarin patiënten samen met zorgverleners gemene zaken hebben gemaakt. Er zijn echt scherpe fraudezaken bij de inspectie naar boven gekomen. Daarom is het belangrijk dat het wel kan, ook al doe

je het niet vaak. Het is niet zo dat wij daar nu onderzoek naar gaan doen. Ik geef een overzicht van hoe vaak men daar daadwerkelijk toe is gekomen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dan is het goed dat de Minister zegt: wij hebben dat overzicht niet; wij gaan het overzicht nog krijgen; wij hebben geen vierogenprincipe, want wij hebben het uitbesteed aan de zorgverzekeraars. In dat opzicht ben ik heel blij dat de Minister nu zegt: het ligt eigenlijk daar; wij hebben geen actief toezicht; wij gaan bekijken hoe dat verbeterd kan worden. Daarvoor wil ik dankzeggen.
En mijn vragen over de titulatuur worden nog beantwoord, hè?

Minister **Schippers**: Dat laatste heb ik niet meegegeven. Mevrouw Bouwmeester moet wel goed weergeven wat ik zeg. Zij zegt dat ik zeg: wij hebben geen actief toezicht. Dat heb ik niet gezegd. Wij hebben wel actief toezicht: de NZa. Er werd gezegd: wij gaan iets onderzoeken. Wij gaan niks onderzoeken. Wat ik ga doen, is op een rijtje zetten wat er daadwerkelijk is voorgevallen. Dat doe ik in antwoord op de vraag van mevrouw Klever of ik bij Zorgverzekeraars Nederland en de toezichthouder kan vragen hoe vaak het voorkomt en hoeveel dat financieel oplevert. Ik heb toegezegd dat voor de wetsbehandeling te doen zodat de Kamer daar zicht op heeft. Maar er is wel actief toezicht.
Mevrouw Bouwmeester zegt ook: er is geen vierogenprincipe. Ik heb juist gezegd: er is een heel degelijke procedure, waarin heel strikt is beschreven wat je wel mag, wat je niet mag, wie het mag en onder welke omstandigheden. Dus er is wel een heel strikte procedure.
Er werd gevraagd: gaat de AMvB langs de Raad van State? Ja, die gaat langs de Raad van State.
De pilot rondom zero tolerance loopt pas. Die is in 2018 af. Medio 2016 zullen wij de Kamer over de tussentijdse stand van zaken informeren.
Mevrouw Bouwmeester vroeg hoe wij een en ander over specialisten en superspecialisten beter kunnen vastleggen. De registratie van superspecialisten wordt privaat geregeld via registers van wetenschappelijke verenigingen. Die titel die je voert, moet conform de eisen van de wetenschappelijke vereniging zijn. Dus je mag jezelf niet zomaar een titel toe-eigenen als dat niet conform de eisen van de wetenschappelijke vereniging is afgedicht.
Dat de arbeidsgerelateerde zorg en de curatieve zorg heel goed samenwerken is heel belangrijk. Als het voor de behandeling nodig is dat ze onderling informatie uitwisselen, dan kan dat. Dan moet je dat ook gewoon doen. Het medisch beroepsgeheim mag samenwerking ten behoeve van de patiënt niet in de weg staan.
Klopt het dat er meer wordt overlegd door nieuwe beroepen? Dat is zo. Dat is ook logisch, want je overlegt niet met jezelf en als je een deeltje afstaat, dan krijg je daar overleg over. Wat mij daarbij altijd opvalt, is dat je dat altijd efficiënter zou kunnen doen. Je zou dat bijvoorbeeld meer tijdens je werkzaamheden kunnen doen, meer gebruikmakend van de nieuwe mogelijkheden die wij hebben en van informatiedeling via (elektronische) patiëntendossiers. Dus ja, het klopt. De overlegcultuur is altijd een beetje het gif, waar wij op moeten letten. Het moet zeker niet ten koste gaan van de zorg, maar bepaalde beroepsbeoefenaren zien zo veel op zich afkomen – denk aan de huisarts – dat het ook niet anders kan dat ze een POH (praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk) en een verpleegkundig specialist inhuren. Wij moeten er met elkaar voor zorgen dat dat goed in teamverband werkt, met vaste rituelen die weinig tijd kosten en met nieuwe technologie om dat zo efficiënt mogelijk te doen.
Er is gevraagd naar actief toezicht op nieuwe beroepen. Wij hebben daar een experimenteerartikel voor. Een nieuw beroep is natuurlijk nog geen beroep in de Wet BIG. Wij gaan daarmee starten. Daar hebben wij een

experimenteertraject voor. Pas als het daadwerkelijk geregeld wordt in de Wet BIG, gaan wij het tuchtrecht daarop van toepassing verklaren.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik denk dat de Minister en ik het bijna eens zijn. De Minister zegt: er mag heel veel niet. Dat klopt, maar er gebeurt heel veel wel. Dat is het hele ingewikkelde aan die titulatuur. Nu zijn de superspecialisaties privaat. Daarmee vallen ze niet onder het kwaliteitskader en de IGZ. Het is zelfregulering. Dat brengt volgens de evaluatiecommissie BIG het risico met zich mee dat die misleidende titels blijven bestaan. De Minister zei heel terecht: niemand mag de titel «arts» voeren als hij het niet is. Ga maar googelen op internet; het zit er vol mee. De IGZ kan niet overal achteraan, want daar heeft zij de mensen niet voor. De aanbeveling van die commissie is: maak daar nou werk van, ga monitoren wat het is, onderzoek het risico en neem het mee in de volgende wetgeving. Wil de Minister deze aanbeveling overnemen?

Minister **Schippers**: Het is niet zo vrijblijvend als mevrouw Bouwmeester stelt. Als een wetenschappelijke vereniging haar subspecialismen heeft vastgelegd en je daar niet aan voldoet, dan mag je die titel niet dragen. De inspectie kan ingrijpen als je dat wel doet. Uit de evaluatie blijkt wel dat die afbakening beter kan en scherper moet. Wij bekijken in dat traject met anderen hoe wij dat beter kunnen doen. Dat kun je dan meenemen in die tweede tranche wetgeving. Maar ik wil hier het volgende helder stellen voordat iedereen denkt dat het anders is. Als je jezelf kinderoncoloog noemt, moet je voldoen aan wat vastgelegd is, want dat is een veldnorm. Wij werken heel veel met veldnormen. De inspectie kan daar wel degelijk op toezien. Als je iets niet bent, kun je wel degelijk voor de tuchtrechter gehaald worden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik vind het een belangrijke toezegging dat de Minister de aanbevelingen van de commissie meeneemt. Wij gaan dus van «theoretisch mag er heel veel niet» naar «in de praktijk verandert er ook wat». Ik vind het belangrijk dat de Minister dat heeft toegezegd, waarvoor dank.

Minister **Schippers**: Ik wil mijn antwoord op de vraag van mevrouw Schut nog iets preciseren. Je valt wel onder het tuchtrecht en kunt een waarschuwing en een boete krijgen, maar je kunt niet uit je beroep gezet worden omdat het beroep nog niet bestaat.

De **voorzitter**: Daarmee is er een einde gekomen aan de beantwoording in tweede termijn.
Ik neem graag de toezeggingen met u door, op hoofdlijnen.

- In 2016 wordt een wetsvoorstel wijziging Wet BIG bij de Kamer ingediend met betrekking tot cosmetische handelingen en het tuchtrecht.
- Later volgt een separaat wetsvoorstel wijziging Wet BIG met betrekking tot de beroepsregulering.
- Na overleg met de KNMG ontvangt de Kamer in het voorjaar één brief met alles over het medisch beroepsgeheim.
- De Kamer ontvangt voor de wetsbehandeling een overzicht van hoe vaak zorgverzekeraars dossiers opvragen voor detailcontroles bij naturapolissen en van wat dit oplevert.
- In de volgende verzamelbrief, de kerstbrief, ontvangt de Kamer informatie over de opzet van het onderzoek naar de impact van meldingen aan betrokkenen over inzage in medische dossiers door verzekeraars.
- Binnenkort ontvangt de Kamer een reactie op het Panteia-onderzoek in samenhang met de EU-richtlijn beroepskwalificaties.

– Medio 2016 komt informatie naar de Kamer over de pilot zero tolerance middelengebruik.

Daarmee zijn wij aan het einde van dit algemeen overleg gekomen. Ik dank de Minister, de ambtelijke ondersteuning, de leden en de mensen die dit debat hier dan wel op een andere manier gevolgd hebben.

Sluiting 13.01 uur.

Volledige agenda

1. Medisch beroepsgeheim
Kamerstuk 33 000 XVI, nr. 170 – Brief regering d.d. 26-03-2012
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

2. Tuchtrecht
Kamerstuk 31 016, nr. 55 – Brief regering d.d. 16-07-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

3. Onderzoeksrapport medisch beroepsgeheim
Kamerstuk 33 400 XVI, nr. 129 – Brief regering d.d. 16-01-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

4. Beantwoording vragen commissie inzake het onderzoeksrapport medisch beroepsgeheim
Kamerstuk 33 750 XVI, nr. 8 – Brief regering d.d. 03-10-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

5. Documenten afkomstig van het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) en in handen van een particulier
Kamerstuk 33 750 XVI, nr. 83 – Brief regering d.d. 23-01-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

6. Positie nabestaanden bij suïcide in relatie tot medisch beroepsgeheim
Kamerstuk 34 000 XVI, nr. 93 – Brief regering d.d. 18-11-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

7. Resultaten van het gesprek met de KNMG over medisch beroepsgeheim
Kamerstuk 34 000 XVI, nr. 94 – Brief regering d.d. 28-11-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

8. Status van rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in tuchtzaken
– Brief regering d.d. 16-12-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

9. Evaluatie Wet BIG
Kamerstuk 29 282, nr. 211 – Brief regering d.d. 02-12-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

10. Antwoorden op vragen van de commissie over Evaluatie Wet BIG
Kamerstuk 29 282, nr. 231 – Brief regering d.d. 28-08-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

11. Reactie op de motie-Van der Staaij c.s. (29 279, nr. 254) over een goede uitwisseling van informatie tussen de ggz en andere partijen
Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 151 – Brief regering d.d. 09-10-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

12. Kennis van de Nederlandse taal en registratie in BIG-register
Kamerstuk 29 282, nr. 235 – Brief regering d.d. 29-10-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

13. Stand van zaken invoering herregistratie
Kamerstuk 29 282, nr. 236 – Brief regering d.d. 29-10-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

14. Evaluatieonderzoek experiment art. 36a Wet BIG met physician assistent en verpleegkundig specialist
Kamerstuk 29 282, nr. 237 – Brief regering d.d. 11-11-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers